ROK IV WARSZAWA 1930 WRZESIEŃ ZESZYT IX

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

AUGUSTE LUMIERE i R. H. GRANGE.

Sztucznie wywołana leukocytoza.

Zagadnienie sztucznej leukocytozy nie jest nowe, jak to wykażemy dalej w krótkim rzucie historycznym na tę sprawę, jednakże jej znaczenie zostało naprawdę uznane z chwilą odkrycia fagocytozy przez *Miecznikowa*.

Obecnie nie ulega już najmniejszej kwestji, że makrofagi grają pierwszorzędną rolą w walce ustroju z infekcją i że jest rzeczą racjonalną szukanie takich środków, które mogą bądź zwiększyć ilość leukocytów, bądź podnieść ich zdolność żerności w ustrojach zakażonych.

W tym celu zalecano rozliczne środki, których odkrycie w większości wypadków zawdzięcza się raczej przypadkowym obserwacjom, poczynionym w czasie różnorodnych doświadczeń, aniżeli systematycznym poszukiwaniom, robionym specjalnie w celu wywołania leukogenezy.

Znaczenie fagocytozy widziano dotąd głównie w możności niszczenia bakteryj chorobotwórczych, lecz zjawisko to bierze wielki udział jeszcze w innym procesie biologicznym, mianowicie w wytwarzaniu stanów anafilaktycznych, a co za tem idzie, w uodparnianiu organizmu. Jeżeli wskutek przesycenia ustroju zwierzęcego antygenami lub toksynami, jego ciecze ustrojowe nabywają zdolności do strącania takowych — dzieje się to zapewne dzięki leukocytom. Jak się zdaje, właśnie białe ciałka krwi są wytwórcami antytoksyn.

Przypuszczenie to potwierdziły ciekawe ostatnie obserwacje *Ramona*, poczynione podczas przygotowania surowicy w laboratorjach Instytutu *Pasteur'a*. Autor ten zauważył, że kiedy uodparnia się konie zapomocą toksyny — daje się niekiedy zauważyć, że własności antytoksyczne surowicy u niektórych koni nagle zwiększają się, a nawet podwajają, chociaż zwierzęta te, u których objawy te występują, znajdowały się w tych samych zupełnie warunkach, jak i inne. Badając przyczynę tego zjawiska, *Ramon* spostrzegł, że występuje ono u osobników, które miały

owrzodzenia w miejscu wstrzyknięcia. U tych, przypadkowo zakażonych zwierząt, nastąpiła dzięki temu wzmożona leukocytoza, której słusznie przypisać należy silniejsze uodpornienie.

Naszem zdaniem, białe ciałka krwi spełniają jeszcze inną, niezmiernie ważną czynność w ustroju, na którą dotychczas biologowie zwracali mało uwagi: mianowicie od nich przedewszystkiem zależy stan humoralny zwierząt.

Koloidy obiegowe i śródmiąższowe są bezwarunkowo pochodzenia komórkowego; wszystkie komórki ustroju podczas swej przemiany materji wlewają do tkanek i naczyń związki białkowe, tworzące płyny ustrojowe. Z pomiędzy tych komórek najbardziej obdarzonemi tą zdolnością wydzielniczą są bezwarunkowo leukocyty, które chwytają najróżnorodniejsze ciała, przenikające do organizmu, aby je strawić wewnątrzkomórkowo, lub usunąć „per diapedesin".

Te właśnie produkty trawienia zmieniają ustawicznie własności koloidów ustrojowych i stwarzają stany różnorodnego uczulenia, prowadzące do zachwiania równowagi humoralnej, która w/g teorji jednego z nas jest przyczyną wielu chorób przewlekłych. Jeżeli więc chcemy wprowadzić zmiany w tych koloidach cieczy ustrojowych, jeżeli zamierzamy nadać większą stałość — cel ten możemy osiągnąć najskuteczniej za pośrednictwem leukocytów. Łatwo zrozumieć można teraz, jak wielkie znaczenie może mieć wywołanie leukogenezy przy zrealizowaniu tego nowego programu leczniczego.

Uważamy więc, że sztuczna leukocytoza ma zalety, przejawiające się w trzech kierunkach zasadniczych:

1) Wzmaga fagocytyzę, przez co wzmacnia środki obronne ustroju przeciwko zakażeniu bakteryjnemu;

2) Wzmaga uodpornienie ustroju;

3) Pozwala wpływać na chorobliwe stany humoralne, przeciwdziałając ich chwiejności.

Te różnorodne wpływy są niezmiernie ważne i dlatego też usiłowaliśmy metodycznie zbadać wartość środków, mogących wzbudzić leukocytozę.

Zanim podamy nasze osobiste doświadczenia, chcemy przypomnieć najpierw dawniejsze zdobycze, dotyczące tego zagadnienia.

Zarys historyczny.

Pewna liczba autorów uważała za możliwe wywołanie sztucznej leukocytozy zapomocą czynników fizycznych. Tak np. *Winternitz*, *Swenzon* i *Łapiński*, *Berker*, *Arnet* zauważyli słabe i przemijające zwiększenie ilości białych ciałek wskutek zimnej kąpieli.

Według *HunerJaul'a*, *Lyon*, *Morel'a* — leukocytoza u człowieka zwiększa się po upuście krwi, *Stassano i Billon*, *Jolly i Stini* zauważyli to samo zjawisko u zwierząt.

Inne spostrzeżenia stwierdzają, że operacje wpływają tak samo w sensie wzmożenia leukocytozy. *Mezincezcu* zauważył to zjawisko po wyjęciu gruczołu tarczowego, *Dopler i Gouraud* po wyjęciu nerki, wielu chirurgów po laparatomji. *Morel* po wypaleniach żegadłem lub elektrycznością i t. d.

Podług *Manoukhine'a* śledziona jest narządem niszczącym białe ciałka krwi, gdyż wycięciu jej towarzyszy zazwyczaj istotnie silna leukocytoza (*Crede-Penkert*) trwająca kilka tygodni. *Nicolas i Dumoulin* dowiedli, że ilość białych ciałek krwi osiąga liczbę prawidłową dopiero w kilka miesięcy po wycięciu śledziony.

Większość tych spostrzeżeń oparta jest na zbadaniu kropli krwi wziętej z naczyń włoskowatych powierzchownych. Ta technika nie pozwala na ustalenie, czy mamy istotnie do czynienia ze wzmożoną leukocytozą. Rzeczywiście, każdy objaw naczynio-ruchowy może zmienić rozmieszczenie leukocytów w poszczególnych częściach układu krwionośnego i dlatego zmiany zauważone we wzorze i numeracji leukocytarnej i liczbie ich mogą tu być zależne jedynie od chwilowego przemieszczenia białych ciałek, spowodowanego zmianą światła naczyń i różnicą w szybkości prądu krwi.

Objaw taki daje się zauważyć we wstrząsach, widzimy wtedy zmniejszenie się ilości leukocytów w naczyniach włoskowatych powłok któremu niekiedy odpowiada zwiększenie się liczby białych ciałek krwi w dużych naczyniach. Ogólna liczba leukocytów w rzeczywistości nie ulega zmianie — zostały one tylko inaczej rozmieszczone—czyli podział ich stał się nierównomierny. Duże białe ciałka krwi nie są już równomiernie przemieszczane przez prąd krwi, w miejscach, gdzie szybkość jego została zmniejszona.

Goldscheider i Jacob, Bruger, Ewing wykazali zresztą również, że zmniejszenie się ilości lekocytów jest często tylko pozorne i zależne od przyczyn wyżej wymienionych. *Silverman* z drugiej strony wykazał, że można niedopuścić w czasie wstrząsów do fazy leukopenji przez jednoczesne wstrzyknięcie azotynu sodu, powodującego rozszerzenie naczyń, wyrównywujące zwolnienie krążenia krwi w naczyniach włoskowatych.

Uwagi te każą nam przypuszczać, że czynniki fizyczne, którym przypisywano zdolność powiększania ilości białych ciałek krwi są wogóle bez znaczenia dla zmian ilościowych leukocytów, a powodują tylko zmiany w ich rozmieszczeniu w zależności od zmian naczynio-ruchowych, wywołanych temi czynnikami.

Jednakże nie ulega wątpliwości, że leukocytoza rzeczywista zjawia się na skutek takich operacji szczególniej, którym towarzyszy infekcja lub subinfekcja. Jednakże w tych wypadkach nie sama operacja jest powodem leukocytozy, lecz towarzyszący jej stan zakaźny.

Oczywiście, że operacja powoduje wstrząs lub zaczątek wstrząsu, spowodowany kłaczkowaceniem, jako nieuniknionym wynikiem zmieszania się koloidów, nieodłącznie towarzyszącym wszelkiemu zranieniu i urazowi; wstrząsy te objawiają się zaburzeniami naczynio-ruchowemi i zmianami w rozmieszczeniu leukocytów, objawy te są zresztą tylko chwilowe i powrót do stanu prawidłowego odbywa się w ciągu kilku minut lub kilku godzin.

Przypisywano również związkom chemicznym i ciałom białkowym wszelkiego rodzaju własności leukogenetyczne mniej lub więcej wybitne; oto spis głównych substancji, proponowanych w tym celu, zaczynając od najprostszych i najbardziej znanych, kończąc na najbardziej złożonych ciałach białkowych:

Woda destylowana lub roztwór dwuwęglanu sodu 1°/₀₀, (250-300 cc) (*Gilbert i Herscher*) jod (*Labbé i Lortat-Jacob*); jodek potasu (*Bidault*); sztuczna surowica w dużych dawkach (*Claude*); eter (*Meyer*); kamfora (*Binz*); kwas cynamonowy (*Landerer*); cynamonian sodu (*Richter i Spiro, Bulloch, Batty Shaw*); nukleina (*Horbaczewski*); nukleinian sodu (*Vergnoux, Hahn*); hetol, pilokarpina (*Mougeot*); lecytyna (*Stassano i Billon*); spermina (*Tarchanoff*); esencja z mirry (*Hirt*); esencja terpeno-ozonowa (*Billon i Stassano*); hemi-albuminoza (*Bruce;*) pepton (*Löwitz*); hemoglobina (*Hahn*); buljon (*Issaef*); pepsyna (*Witte*); żółć (*Gilbert i Herscher*); ptomainy (*Grawitz*); putrescyna (*Behring*); kadaweryna; (*Libert*); malleina (*Bidault*); szpik królika (*Nicolas i Bancel*); fibrino-ferment (*Hoffman*); wreszcie obce surowice głównie podgrzana do 58° surowica końska, która była przedmiotem wybitnych badań *Raymond'a Petit* i t. d.

Goldscheider i Jakob przypisywali również takie same własności wyciągom z organów, wyciągom ze śledziony, ze szpiku kostnego, z grasicy, działającym po okresie zmniejszonej leukocytozy i wyciągom z gruczołu tarczowego, trzustki i wątroby, wywołującym leukocytozę wzmożoną bez uprzedniego jej spadku.

Jeżeli niektóre z tych substancji nie mają większego działania niż czynniki fizyczne i jeżeli tak samo omyłkowo zostały zaliczone do środków leukocytotwórczych wówczas, gdy powodują jedynie zwykłe i chwilowe zmiany w rozmieszczeniu białych ciałek krwi na skutek zmian naczynioruchowych, tem nie mniej niektóre z nich zasługują na uwagę. Mają bowiem istotne działanie i są w stanie w ciągu dni kilku utrzymać leukocyty w ilości zwiększonej zarówno w naczyniach powierzchownych, jak i w głębszych pniach tętniczych.

Tak ma się rzecz z niektóremi ciałami białkowemi, a mianowicie z różnorodnemi surowicami, nukleinami i nukleinatami.

Działanie ich było zresztą kwestjonowane, może dlatego, że nie są to ciała ściśle określone, — nie posiadają zawsze identycznego składu i że nie były stosowane w jednakowych warunkach czystości i dozowania, a podawane były różnemi drogami. Dlatego też *Hamburger* i *Reuss* nie potwierdzili wyników badań *Batelli'ego* i *Mioni'ego* i mieli wypadki śmierci przy wstrzykiwaniu obcych surowic; tak samo *Mayer* z Pragi, *Horfbauer*. z Wiednia i *Hahn* z Monachjum osiągnęli u człowieka zwiększenie się leukocytów o 75% po wstrzyknięciu nukleiny, a *Mikulicz* stwierdził w tych samych warunkach (z nukleiną), że ilość białych ciałek zwiększyła się czterokrotnie, podczas gdy *French*, robiąc staranne doświadczenia na samym sobie —

otrzymał jedynie wyniki ujemne — zarówno stosując kwas cynamonowy, jak i nukleinaty.

Kierunek badań.

W każdym razie uznaliśmy za nieodpowiednie robienie doświadczeń w zakresie leukocytozy z takiemi ciałami, a szczególniej z proteinami, których skład i własności są w każdej próbie inne, a nawet zmieniają się z każdą chwilą dla tej samej próbki, wobec czego osiągnięte z nimi wyniki są sprzeczne i niepewne.

Z drugiej strony ciała białkowe, wprowadzone do ustroju, mogą powodować nietylko zaburzenia patologiczne wczesne, jak wstrząs, lub późniejsze, jak chorobę surowiczą, lecz również wywołują stany uczulenia anafilaktycznego, wpływające ujemnie na równowagę cieczy ustroju.

W opisanych niżej doświadczeniach usunęliśmy zatem z zasady wszelkie ciała białkowe.

Jakiemiż zatem związkami powinniśmy byli posługiwać się dla wywołania wzrostu ilości leukocytów? Znaleźliśmy nasze wytyczne w następujących spostrzeżeniach. rzucających pewne światło na tą sprawę.

Działalność leukocytów występuje z chwilą przeniknięcia do krwi i tkanek lub utworzenia się tam stałych cząsteczek nierozpuszczalnych zupełnie, lub bardzo mało. Wystarczy wstrzyknąć zwierzęciu jakiś osad, strąt, albo ciało, które nie zlewa się z danem środowiskiem i nie miesza natychmiast — aby leukocyty zgromadziły się w tem miejscu w znacznej ilości. Rozwijają one wtedy energiczną działalność i wydało się nam słusznem, że te podrażnienie ich stanowi bodziec do zwiększenia ich liczby, czem można byłoby wytłumaczyć przypuszczalny mechanizm powstawania leukocytozy.

Zapotrzebowanie ustroju na białe ciałka wzrasta dzięki obecności strątów, procesy życiowe dążą prawdopodobnie do zaspokojenia tych wymagań organizmu przez zwiększenie ilości pożytecznych czynników.

Obok tej roli pobudzającej strąty używane, powinny a priori odpowiadać warunkom następującym: trzeba aby organizm mógł je przyswoić t. j. aby leukocyty mogły je łatwo strawić bez szkody dla siebie, czyli, że ciała te nie powinny wytwarzać trujących produktów rozpadu, nie powinny zawierać związków chemicznych czynnych, mogących posiadać chemotaksję ujemną; zatem węg'owodory — nie dające się strawić, związki zawierające grupy fenolowe, aminowe, kwasowe, zasadowe, ketonowe, aldehydowe i t. d. winny być z zasady wyłączone.

Naodwrót, węglowodany nierozpuszczalne wydały się nam odpowiednie do spełnienia roli, jaką nasze rozumowanie dla nich wyznaczało. Przy pomocy więc ciał tego rodzaju przeprowadziliśmy nasze badania.

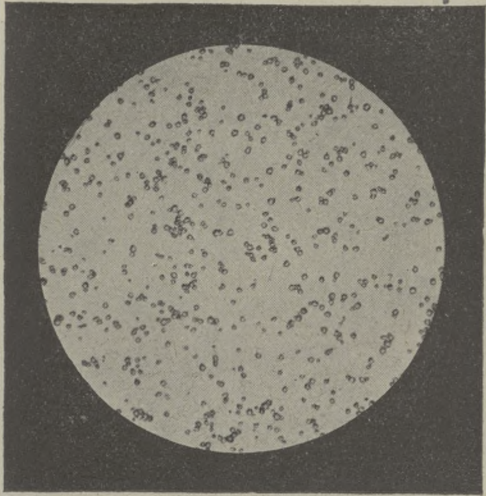
Doświadczenia.

a) Ciała poddane badaniom. Na skutek obserwacji *Ramona*, dotyczącej siły antytoksycznej surowicy u koni zakażonych podczas ich uodparniania — niektórzy autorzy używali wstrzykiwań tapioki dla wywołania zwiększonej leukocytozy bez uciekania się do mikrobów chorobotwórczych. Tapioka, składająca się z ziarenek krochmalu manioki, zawartych w fazie ich częściowej hydrolizy—dawała możność robienia ciekawych spostrzeżeń w zależności od wstrzykiwania bądź samych ziarenek krochmalu, bądź produktów hydrolizy. W ten sposób można było obserwować względną wartość różnych rodzajów mączki, określając wpływ wielkości ziarenek krochmalu, ich pochodzenia i produktów ich rozkładu, z pomiędzy innych połączeń nierozpuszczalnych,a przyswajalnych, oleje wydały się nam odpowiednie dla naszych doświadczeń w tym samym celu.

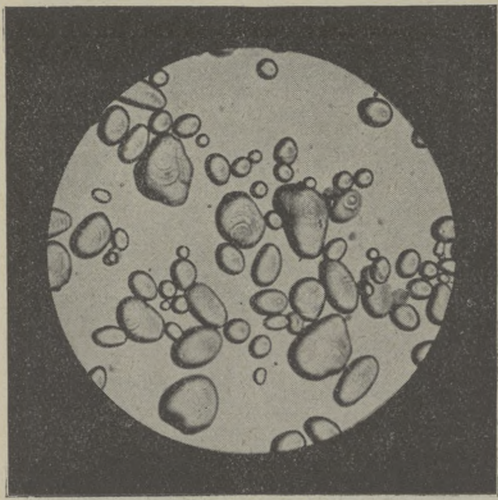
Zatem robiliśmy z początku badania z następującymi rodzajami substancji: Różne krochmale, ich pochodne, oleje. Wobec określonych wyników, jakie otrzymaliśmy z temi materjałami umieściliśmy jeszcze inne wyniki, otrzymane z innemi strątami i koloidami, jak zawiesiny żywicowe, koloidy metaliczne, etc. Wyniki, otrzymane przy zastosowaniu wszystkich tych substancji, stanowią treść niniejszej pracy. W następstwie mamy zamiar rozszerzyć tę pracę na szereg innych ciał, odpowiadających szczególniej warunkom nierozpuszczalności, przyswajalności i niejadowitości i porównać ich siłę w kierunku wzmożenia leukocytozy z siłą olejów i skrobi.

b) Technika doświadczeń.

Próby były robione na psach. którym pod skórę wstrzykiwano ciała, podlegające



Rys. 1. Skrobia ryżowa.
Powiększenie 150.



Rys. 2. Skrobia kartoflana.
Powiększenie 150.

badaniu, o jednej i tej samej porze, przed rannym (pierwszym) posiłkiem; pobieranie krwi miało miejsce również o jednej porze naczczo zapomocą nakłucia żyły nożnej zewnętrznej. W niektórych przypadkach pobieraliśmy jednocześnie i tym samym sposobem krew żylną z żyły nożnej i krew tętniczą z tętnicy udowej.

Ponieważ pobranie krwi odbywało się nazajutrz po wstrzyknięciu jak i dni następnych w warunkach, w których żaden wstrząs, ani znaczniejsze zjawiska naczynio-ruchowe nie mogły spowodować poważniejszych zaburzeń w rozmieszczeniu leukocytów w krwiobiegu, obliczenia białych ciałek równoległe w obydwuch próbach krwi: tętniczej i żylnej—nie powinny były zasadniczo dać większej rozbieżności; fakt ten stwierdziliśmy i dlatego podwójne nakłucia stosowaliśmy tylko w niektórych przypadkach.

Obliczenie i określanie wzorów leukocytarnych podawane jest według metod klasycznych.

A) Ziarenka krochmalu.

We wszystkich niżej przytoczonych przypadkach wstrzykiwano pod skórę ze strony zewnętrznej uda psa 1 gram substancji w zawiesinie 20 cc — płynu fizjologicznego.

Ziarenka były uprzednio wymyte w wodzie destylowanej i sterylizowane zapomocą eteru.

1. krochmal ryżowy (marka Rémy) ziarenka bardzo drobne, wymiaru 0,005 m/m (fig. 1)

a) Suka wagi 8.500 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.500	leukocytów	
24 godziny potem	9.100	„	P. 66 — L. 1 — M. 22 — E. 1 *)
72 „ „	6.200	„	P. 84 — L. 1 — M. 14 — E. 1

a) Pies wagi 20 kg.

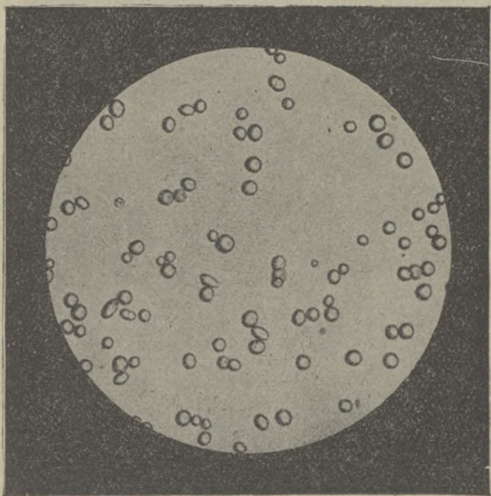
Przed wstrzyknięciem	6.000	„	P. 80 — L. 14 — M. 6 — E. 0
24 godziny potem	6.500	„	P. 82 — L. 10 — M. 7 — E. 2
48 „ „	6.500	„	P. 83 — L. 9 — M. 5 — E. 3

Krochmal ryżowy spowodował więc słabą leukocytozę i to tylko w pierwszym przypadku.

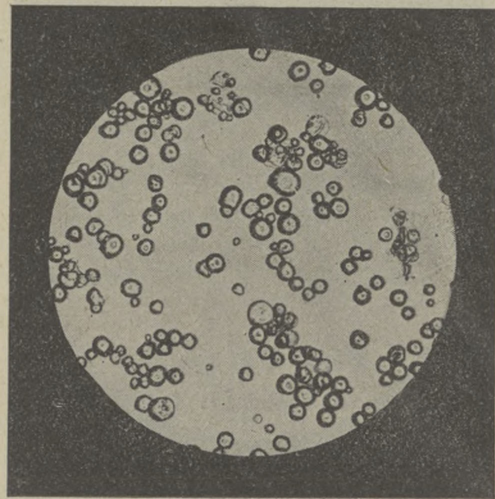
2. Krochmal kartoflany.

Mączka ta ma wymiary ziarenek bardzo różne, od 0 055 m/m do 0,00 5 m/m (fig. 2

*) P wielojądrzaste obojętnochłonne, L limfocyty, M mononukleary, E eozynochłonne.



Rys. 3. Skrobia kartoflana selekcjonowana. Powiększenie 150.



Rys. 4. Manioka. Powiększenie 150.

Ażeby przekonać się, czy wielkość ziarenek ma wpływ na intensywność leukocytozy, zrobiliśmy selekcję ziarenek na podstawie różnicy ciężaru gatunkowego i zapomocą prądu wody — oddzielając ziarenka o wymiarze 0.01 m/m (fig. 3) i porównaliśmy wyniki otrzymane przy pomocy tych ziarenek i mączki całkowitej.

Mączka całkowita.

Pies 20 kg. 500

Przed wstrzyknięciem	5.600	leukocytów	
W 6 godzin potem	6.000	„	P. 69 — L. 13 — M. 17 — E. 1
W 24 „ „	6.700	„	P. 69 — L. 15 — M. 14 — E. 1
W 48 „ „	6.200		

a) Pies 8 kg. 500

Przed wstrzyknięciem	6.000	leukocytów	
W 24 g. później	7.200	„	P. 79 — L. 7 — M. 14
W 48 g. „	7.600	„	P. 77 — L. 4 — M. 18
W 72 g. „	5.800	„	P. 55 — L. 28 — M. 16 — E. 1
W 96 g. „	7.200	„	P. 73 — L. 14 — M. 13
W 120 g. „	5.800	„	

b) Pies 18 kg.

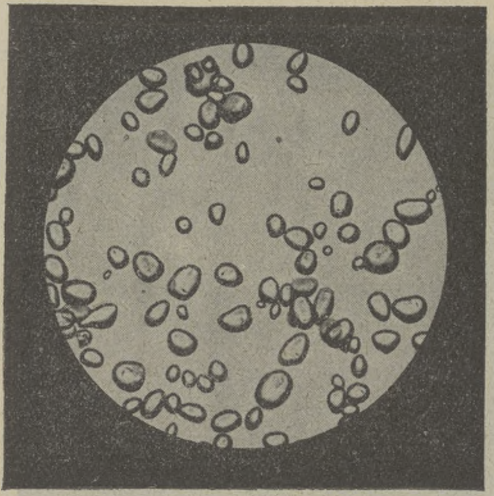
Przed wstrzyknięciem	5.900	leukocytów	
W 6 godzin potem	11.300	„	w okresie trawienia
W 24 „ „	7.700	„	P. 71 — L. 13 — M. 15 — E. 1
W 48 „ „	6.500	„	P. 68 — L. 13 — M. 18 — E. 1
W 72 „ „	6.400	„	P. 68 — L. 15 — M. 18 — E. 1

Utworzenie się ropnia w miejscu wstrzyknięcia

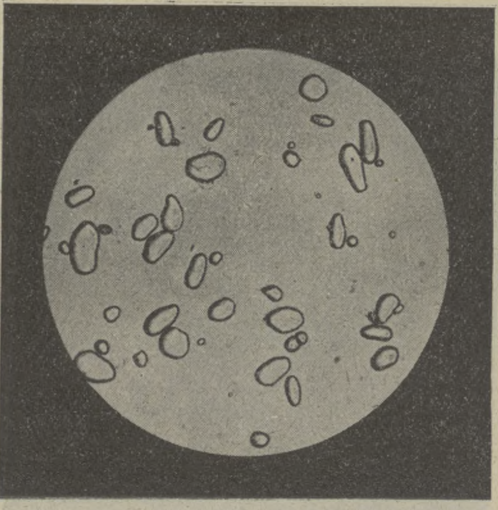
W 96 godzin potem	9.400	leukocytów	P. 74 — L. 13 — M. 12 — E. 1
W 120 „ „	17.600	„	P. 72 — L. 12 — M. 15 — E. 1
W 168 „ „	9.500	„	P. 80 — L. 9 — M. 8 — E. 2

Stosunkowo wysoka leukocytoza u tego ostatniego zwierzęcia musi być przypisana przypadkowemu zakażeniu.

W wyniku ogólnym krochmal kartoflany selekcjonowany, lub nie, powoduje tylko słabe zwiększenie się ilości leukocytów.



Rys. 5. Arrow — Root.
Powiększenie 150.



Rys. 6. Mączka bananowa.
Powiększenie 150.

3. Mączka manioki.

Ziarenka o niejednakowej wielkości, wahającej się pomiędzy 0,0166 m/m do 0,0066 m/m (fig. 4).

a) Pies 19 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.000	leukocytów	
W 6 godzin później	6.200	„	P. 80 — L. 12 — M. 8
W 24 „ „	6.900	„	P. 79 — L. 13 — M. 8
W 48 „ „	7.400	„	P. 86 — L. 3 — M. 11
W 72 „ „	5.600	„	P. 76 — L. 14 — M. 10

Pies 17 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.000	leuk.	P. 66 — L. 23 — M. 10 — E. 1
W 24 godziny potem	14.800	„	P. 77 — L. 19 — M. 4
	14.700	„	P. 78 — L. 7 — M. 13 — E. 2
Słaba infekcja miejscowa			
W 72 g.	6.900	„	P. 71 — L. 13 — M 13 — E. 3

Jak i w poprzednim przypadku znaczna leukocytoza powstała tylko z powodu podinfekcji miejscowej.

4. Skrobia kruchlana. (Arrow root).

Ziarnka nierówne od 0,02 m/m do 0,033 (fig. 5).

Pies 18 kg.

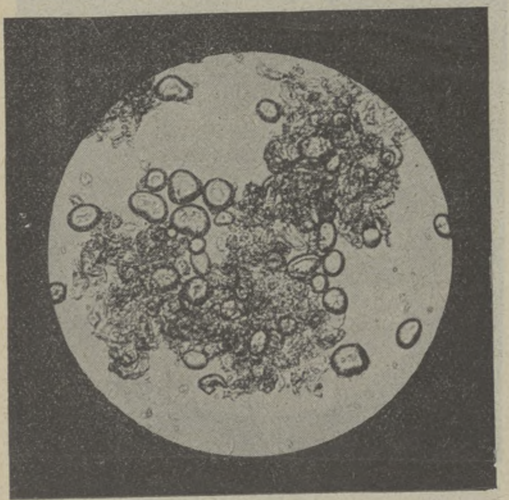
Przed wstrzyknięciem	6.100	leukocytów	
W 6 godzin później	8.000	„	P. 84 — L. 3 — M. 13 — E. 1
W 24 „ „	7.400	„	P. 81 — L. 6 — M. 13
W 48 „ „	6.900	„	P. 73 — L. 12 — M. 14 — E. 1

5. Mączka bananowa.

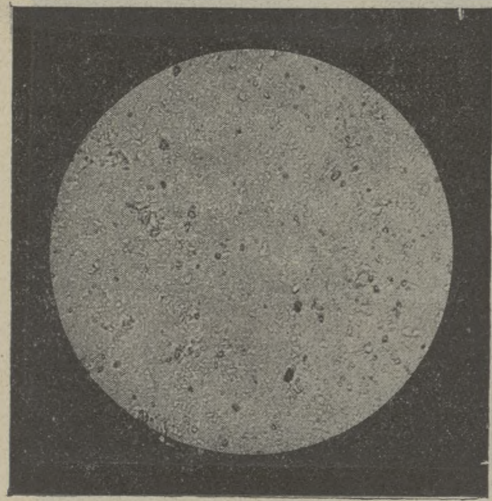
Ziarenka eliptyczne — średni stosunek osi około $^1/_2$; wymiary 0,013 do 0,04 m/m. (fig. 6)

Pies 20 kg. 200

Przed wstrzyknięciem	5.900	leukocytów	
W 6 godzin potem	7.500	„	
24 „ „	8.500	„	P. 71 — L. 13 — M. 15.
48 „ „	10.200	„	P. 72 — L. 14 — M. 13 — E. 1
72 „ „	9.600	„	P. 69 — L. 15 — M. 15 — E. 1
96 „ „	6.600	„	P. 71 — L. 15 — M. 13 — E. 1



Rys. 7. Mączka białej fasoli.
Powiększenie 150.



Rys. 8. Tapioka sproszkowana.
Powiększenie 150.

6. Mączka białej fasoli. Zawiera ona ziarenka krochmalu średnio od 0,3 do 0,4 m/m; pewna ich liczba zlewa się w masy nierozpuszczalne bezpostaciowe (fig. 7)

Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.500 leuk.	P. 67 — L. 13 — M. 19 — E. 1
W 6 godz. potem	9.500 „	P. 61 — L. 17 — M. 21 — E. 1
24 „ „	11.200 „	P. 67 — L. 14 — M. 18 — E. 1
48 „ „	13.200 „	P. 83 — L. 7 — M. 8 — E. 2
72 „ „	11.800 „	P. 79 — L. 11 — M. 9 — E. 1
96 „ „	8.400 „	P. 80 — L. 8 — M. 10 — E. 2

7. Tapioka sproszkowana pod postacią ziarenek nieprawidłowych bardzo drobnych (fig. 8).

Pies 19 kg 800

Przed wstrzyknięciem	7.200 leukocytów	
W 6 godz. potem	8.300 „	P. 79 — L. 4 — M. 15 — E. 2
24 „ „	12.800 „	P. 90 — L. 5 — M. 3 — E. 2
48 „ „	10.000 „	P. 77 — L. 13 — M. 9 — F. 1

8. Preparat do wstrzykiwania z tapioki, specyfik farmaceutyczny. Preparat ten jest w postaci dużych mas, zawierających ziarenka skrobi manjoki.

Pies 17 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.900 lekocytów	
W 6 godz. potem	6.000 „	P. 58 — L. 28 — M. 14
24 „ „	6.000 „	P. 57 — L. 22 — M. 21
48 „ „	6.000 „	P. 70 — L. 19 — M. 9

Możemy wnioskować z tego, że o ile ziarenka krochmalu są wolne od wszelkich ciał obcych, jak to ma miejsce w mączce ryżowej, bardzo czystej i kiedy wstrzyknięcie jest dokonane aseptycznie— wywołana sztucznie leukocytoza jest bardzo słaba i praktycznie biorąc — bez znaczenia.

Słaba infekcja, która zdarzyła się przypadkowo przy wstrzykiwaniu tych preparatów, wchłaniających się powoli—spowodowała znaczną leukocytozę wielojądrzastą i zjawienie się kilku białych ciałek eozynochłonnych.

Naodwrót z mączkami, zawierającemi resztki roślinne poza ziarenkami krochmalu,

jak to ma miejsce z tapioką drobno sproszkowaną — daje się zauważyć zwiększenie ilości białych ciałek, która prawie podwaja się w ciągu 1—3 dni po wstrzyknięciu.

Doświadczenia te nie miały najmniejszego wpływu ujemnego na stan ogólny. W miejscu wstrzyknięcia wchłonięcie masy wstrzykniętej jest powolne, opuchlina trwa kilka godzin i pozostawia po sobie stwardnienie na przeciąg kilku dni.

Wybitnie zwiększające leukocytozę działanie tapioki drobno sproszkowanej, zawierającej produkty hydrolizy krochmalu—zachęciły nas do przeprowadzenia doświadczeń z klejami i dekstrynami.

B) Kleje krochmalowe.

1. Klej ryżowy.

a) Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.900	leukocytów	P. 75 — L. 7 — M. 18
24 g. potem	9.800	„	P. 78 — L. 6 — „ 16
48 „ „	6.900	„	P. 68 — L. 4 — „ 28

b) Pies 22 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.500	leukocytów	P. 67 — L. 6 — M. 27
24 g. potem	10.500	„	P. 87 — L. 3 — M. 10
48 „ „	9.200	„	P. 78 — L. 8 — M. 14

2. Klej z mączki białej fasoli.

Pies 12 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	5.400	leukocytów	P. 66 — L. 11 — M. 21
24 g. potem	14.400	„	P. 79 — L. 6 — M. 15
48 „ „	10.200	„	P. 77 — L. 8 — M. 13
72 „ „	8.100	„	P. 76 — L. 9 — M. 13

Te kleje były przygotowane zapomocą ogrzewania do wrzenia 5 gr. krochmalu lub mączki w 150 cc. płynu fizjologicznego. Wstrzykiwano w każdem doświadczeniu 20 cc. tych koloidów pod skórę uda.

Chociaż ilość wstrzykiwanego krochmalu w postaci kleju była o wiele mniejsza, aniżeli w poprzednich doświadczeniach z ziarenkami krochmalu niezmienionego — leukocytoza, spowodowana przez kleje, jest znacznie wybitniejsza.

C) Dekstryny.

1. Dekstryna oczyszczona. Pseudoroztwór 10%.

a) Pies 5 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	6.200	leukocytów	P. 68 — L. 10 — M. 22
24 g. potem	14.900	„	P. 76 — L. 13 — M. 10
48 „ „	11.900	„	P. 82 — L. 10 — M. 8
72 „ „	14.900	„	P. 73 — L. 5 — M. 22
96 „ „	8.200	„	P. 77 — L. 4 — M. 19

b) Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.600	leukocytów	P. 80 — L. 3 — M. 17
24 g. potem	14.800	„	P. 90 — L. 2 — M. 8
48 „ „	17.800	„	P. 82 — L. 12 — M. 6
82 „ „	12.600	„	P. 75 — L. 15 — M. 10
96 „ „	8.300	„	P. 76 — L. 5 — M. 18 — E. 1

2. Dekstryny białe znajdujące się w handlu.

a) Pies 21 kg., już w stanie zwiększonej leukocytozy.

Przed wstrzyknięciem	11.100	leukocytów	P. 74 — L. 16 — M. 3 — E. 1
24 g. potem	14.100	„	P. 76 — L. 13 — M. 11
48 „ „	14.200	„	P. 77 — L. 10 — M. 13

b) Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.200 leukocytów	P. 68 — L. 9 — M. 24
24 g potem	8.100 „	P. 69 — L. 9 — M. 22
48 „ „	8.000 „	P. 68 — L. 6 — M. 26

3. Dekstryna biała (gomelina)

Pies 8 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	7.400 leukocytów	P. 68 — L. 4 — M. 28
24 g. potem	10.400 „	P. 74 — L. 4 — M. 22
48 „ „	16.900 „	P. 78 — L. 8 — M. 14
72 „ „	12.400 „	P. 85 — L. 5 — M. 10
96 „ „	13.500 „	P. 81 — L. 5 — M. 14

4. Dekstryna jasna.

a) Pies 16 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.200	P. 70 — L. 13 — M. 16 — E. 1
24 g. potem	16.300	P. 81 — L. 10 — M. 8 — E. 1
48 „ „	11.100	P. 69 — L. 15 — M. 15 — E. 1

b) ten sam pies w 8 dni później.

Przed wstrzyknięciem	7.100	P. 80 — L. 8 — M. 12
24 g. potem	12.100	P. 75 — L. 10 — M. 15
48 „ „	9.900	P. 80 — L. 7 — M. 13
72 „ „	6.600	P. 66 — L 10 — M. 22

c) Pies 18 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.200	P. 68. — L. 8 — M. 24
24 g. potem	15.400	Krew tętnicza
„ „ „	15.200	„ żylna
48 „ „	11.000	krew tętnicza
„ „ „	11.100	„ żylna

Różne dekstryny, jak się okazuje, wywoływały bardzo wyraźną leukocytozę, trwającą 3 lub 4 dni, o wiele znaczniejszą, aniżeli leukocytoza wywołana zapomocą skrobi nie hydrolizowanych.

D) Różne substancje klejowate-roślinne.

Wywar z nasion pigwy.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.100	P. 68 — L. 4 — M. 28
24 g. potem	8.800	P. 75 — L. 6 — M. 19
48 „ „	10.000	P. 78 — L. 8 — M. 14

Guma tragankowa. (Adragant),

Pies 20 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	7.500 leukocytów	P. 68 — L. 8 — M. 24
24 g. potem	14.400 „	P. 78 — L. 6 — M. 18
48 „ „	13.200 „	P. 76 — L. 8 — M. 16

Substancje te miały wybitnie to samo działanie, jak dekstryny. Zwiększenie leukocytozy objawia się zawsze przez zwiększenie ilości leukocytów wielojądrzastych.

E) Oleje.

1. Oliwa.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.800	
24 g. potem	14.500	P. 72 — L. 21 — M. 7
48 „ „	11.800	P. 76 — L. 16 — M. 8
72 „ „	9.500	P. 75 — L. 22 — M. 3

2. Olej kamforowy.

Pies 11 kg. 500,

Przed wstrzyknięciem	6.800	
24 g. potem	13.600	
48 " "	15.200	P. 72 — L. 26 — M. 2
72 " "	11.200	

3. Olej goździkowy.

Pies 12 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	8.200	
24 g. potem	13.300	
48 " "	19.300	
72 " "	16.800	P. 74 — L. 26 — M. 2
96 " "	11 000	

4. Olej lniany.

Pies 20 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.600	leuk.	P. 68 — L. 12 — M. 20
24 g. potem	9.600	"	P. 84 — L. 7 — M. 9
48 " "	11.600	"	P. 83 — L. 15 — M. 2
72 " "	16.600	"	P. 85 — L. 13 — M. 2

5. Olej orzechowy.

Pies 11 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	9.500	leukocytów	P. 68 — L. 18 — M. 14
24 g. potem	9.800	"	P. 83 — L. 16 — M. 1
48 " "	12.600	"	P. 76 — L. 16 — M. 8
72 " "	6.700	"	P. 72 — L. 20 — M. 8

6) Olej z kopyt wołowych.

Pies 11 kg. 2000.

Przed wstrzyknięciem	8.200	P. 70 — L. 12 — M. 18
24 g. potem	14.600	P. 94 — L. 5 — M. 2
48 " "	15.000	P. 87 — L. 12 — M. 1
72 " "	11.300	P. 88 — L. 11 — M. 1

Źle wchłaniany — naciek i strup w miejscu wstrzyknięcia.

7. Tran.

Przed wstrzyknięciem	7.800	leuk.	P. 70 — L. 15 — M. 15
24 g. potem	9.600	"	P. 76 — L. 23 — M. 1
48 " "	11.900	"	P. 65 — L. 31 — M. 1
72 " "	12.200	"	P. 69 — L. 26 — M. 5

8. Olej rącznikowy.

Przed wstrzyknięciem	8.200	. P. 87 — L. 8 — M. 5
24 g. potem	30.200	. P. 95 — L. 4 — M. 1
48 " "	31.500	. P. 92 — L. 8 — M. 1
72 " "	13.500	. P. 71 — L. 10 — M. 19

Nacieczenie w miejscu wstrzyknięcia. Olej ten nie wchłania się dobrze.

9. Olej z orzecha ziemnego.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	6 800	P. 72 — L. 23 — M. 5
24 g. potem	12.700	P. 82 — L. 6 — M. 12
48 " "	10.200	P. 81 — L. 15 — M. 6
72 " "	10.000	P. 87 — L. 9 — M. 4

10. Olej sezamowy.

Pies 11 kg. 300.

Przed wstrzyknięciem	6.600	P. 68 — L. 14 — M. 18
24 g. potem	13.500	P. 86 — L. 12 — M. 2
48 " "	8.000	P. 84 — L. 14 — M. 2
72 " "	6.500	P. 82 — L. 18 — M. 2

11. Olej rzepakowy.

Młody pies 16 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.100	P. 64 — L. 26 — M. 10
24 g. potem	12.000	P. 81 — L. 17 — M. 2
48 „ „	10.600	P. 71 — L. 27 — M. 2
72 „ „	6.000	P. 70 — L. 20 — M. 10

12. Olej ze słodkich migdałów.

Pies 20 kg.

Przed wstrzyknięciem	10.300	leuk.	P. 70 — L. 12 — M. 18
24 g. potem	13.700	„	P. 68 — L. 30 — M. 2
48 „ „	11.800	„	P. 60 — L. 38 — M. 2
72 „ „	6.900	„	P. 62 — L. 35 — M. 3

13. Olej pestkowy.

Pies 15 500.

Przed wstrzyknięciem	6.200	P. 68 — L. 22 — M. 10
24 g. potem	12.200	P. 74 — L. 13 — M. 13
48 „ „	15.300	P. 86 — L. 8 — M. 6
71 „ „	11.200	P. 52 — L. 44 — M. 4

Źle wchłania się — ropień septyczny w miejscu wstrzyknięcia.

14. Olej konopny.

a) Pies 11, kg. 400.

Przed wstrzyknięciem	8.200	
24 g. potem	25.800	P. 88 — L. 10 — M. 2
48 „ „	9.900	P. 78 — L. 12 — M. 2

b) Pies 12 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	7.000	leukocytów	
24 g. potem	26.600	„	P. 90 — L. 8 — M. 2
48 „ „	17.900	„	P. 95 — L. 5 — M. 2
72 „ „	10.900	„	P. 68 — L. 32 — M. 2

Wszystkie te oleje przy doświadczeniach zwiększyły liczbę białych ciałek krwi; niektóre z nich są źle wchłaniane i dlatego nie mogłyby być stosowane.

Zpośród tych, których wchłanianie jest zupełnie zadawalniające, olej konopny zdaje się nam być najbardzej wskazanym z powodu potężnego wzmożenia leukocytozy i zupełnej nieszkodliwości

* * *

Przed wyciągnięciem wniosków z powyższych doświadczeń uważaliśmy za potrzebne porównać takowe z wynikami, osiąganemi przy stosowaniu w tym samym celu koloidów metalicznych i surowicy końskiej. Stosowanie tej ostatniej było przedmiotem ciekawej pracy Dr. *Raymond Petit'a.*

Porównanie to było zrobione w identycznych warunkach doświadczalnych.

Próbowaliśmy również działania gumy indyjskiej (gomme laque) w boraksie, która w zetknięciu z płynami ustroju daje strąty nierozpuszczalne, mogące pobudzić leukocytozę.

Koloidy metaliczne.

Złoto koloidalne.

Pies 12 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.700	leukocytów	P. 77 — L. 5 — M. 18
W 24 g. potem.	8.800	„	P. 86 — L. 8 — M. 6
48 „ „	10.100	„	P. 88 L. 10 M. 2

Srebro koloidalne.

Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.500	leukocytów	P. 68 — L. 4 — M. 28
44 g. potem	13.300	„	P. 83 L. 4 M. 13
48 „ „	12.400	„	P. 75 L. 8 M. 17

Rod koloidalny.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	9.100 leukocytów	P. 74 —	L. 6 —	M. 20
24 g. potem	11.100 „	P. 82	L. 7	M. 11
48 „ „	8.900 „	P. 89	L. 3	M. 6

Surowica końska ogrzana do 56° — 10 cc.

Pies 12 kg.

Przed wstrzyknięciem 5.800 leukocytów

24 g. potem:

Krew tętnicza 12.200 leukoc. Krew żylna 12.400, P. 68 — L. 16 — M. 16

48 g. Krew tętnicza 11.300 leukoc. Krew żylna 11.200, P. 68—L. 15 —M. 17

Roztwór gumy indyjskiej w boraksie (0,5 gr. gumy).

Pies 8.500.

Przed wstrzyknięciem 8.800 leukocytów.

W 24 g. potem:

Krew tętnicza 12.300 leukocytów.

Krew żylna	12.500 „	P. 78 —	L. 12 —	M. 10
W 48 g. potem	17.200 „	P. 90	L. 3	M. 7

Zle wchłaniana, nacieki i strupy.

Wnioski:

1. Wielka liczba węglowodorów z serji tłustej, wstrzykniętych podskórnie lub domięśniowo, może być wchłonięta i strawiona przez leukocyty, pobudzając jednocześnie leukocytozę.

2. Hyperleukocytoza polega przeważnie na zwiększeniu liczby ciałek wielojądrzastych, których liczba nie zmniejsza się z chwilą powracania ogólnego poziomu białych ciałek do stosunków prawidłowych, a trwa jeszcze jakiś czas dłużej;

3. Działanie leukogenetyczne trwa przez dwa, trzy lub cztery dni po wstrzyknięciu, a na drugi dzień osiąga najwyższy poziom.

4. Z pomiędzy wypróbowanych ciał nierozpuszczalnych najlepsze wyniki dały oleje, a szczególniej olej konopny, przy pomocy którego stwierdzono u psa czterokrotne zwiększenie się ilości leukocytów w 24 godziny po wstrzyknięciu.

5. Ciała te, jak się wydaje, nietylko pomagają ustrojowi w walce z zakażeniem, lecz ułatwiają uodpornienie i powodują korzystne zmiany w stanach chwiejności humoralnej, będących powodem pewnych chorób przewlekłych.

Zastosowanie i już poczynione próby, jakie w dalszym ciągu przeprowadzamy, potwierdzają nasze zapatrywania. Wyniki dalszych doświadczeń będą przedmiotem późniejszych doniesień.

Piśmiennictwo.

Arloing et Malartre. C. R. Société de Biologie, 1927, p. 1551.

Arnet. Zeitschr. klin. Med., T. LVII.

Batteli et Mioni. C. R. Société de Biologie, 1904, p. 760.

Batty-Shaw. Journ, of pathol. and bacteriol. 1902.

Becker. Zeitschr. f. diät. med. physik. Therapie, 1889.

Bélin. C. R. Société de Biologie, janvier 1927, p. 1685.

Bidault. Arch. exper. de méd. mai 1904.

Billon et Stassano. C. R. Société de Biologie, février et avril 1903.

Bulloch. Zentralbl. für Bakter. und Parasit., léna 1901.

Cara. Zeitschr. für Immunitätsf., 1924, p. 383.

Chantemesse et Kahn. Bull. Acad. de Med., juin. 1907.

Danysz. Presse médicale, juillet 1924, p. 609.

Dopter et Gouraud. C. R. Société de Biologie, janvier 1903.

Duran Reynals. C. R. Société de Biologie, juin. 1928.

Faucon. Thèse de Lille. 1906.

French. Med. press and circular, mai 1904.

Grasset. C. R. Société de Biologie, 1926, p. 260.

Hahn. Arch. für Hygiene, 1896.

Hoglund. C. R. Société de Biologie, octobre 1927.

Horbaczewski. Allgem. Wien. Med. Zeitung, 1892.

Huchard et Mougeot. Journ. des praticiens, juillet 1904.

Hunerfaulh. Wirchow's Arch., 1874.

Issaeff. Zeitschr. f. Hygiene und Infect., 1894, p. 287.

Jolly et Stini. C. R. Société de Biologie, juilet 1905.

Labbe et Lortat Jacob. C. R. Soc. de Biologie, 1903.

J. Lépine. Presse médicale, janvier 1910.

Lian. Concours médical, mai 1924.

A. Lumière. La vie. la maladie et la mort. Paris, Masson, 1928.

Manquat. Traité de thérapeutique, Paris, 1911. t. I, p. 237.

Manoukhine. Arch. des maladies du coeur et des vaisseaux. 1912-1913.

Meyer. Münch. med. Woch., septembre 1903.
Mikulicz. Deutsch. med. Woch., 1904.
Mougeot. Arch. générales de médicine, 1906.
Nicolas et Bancel. C. R. Soc. de Biologie, juin. 1905.
Raymond Petit. Les phagocytes en chirurgie, Masson, Paris, 1915.
Pico. C. R. Société de Biologie. novembre 1924.
G. Ramon. C. R. Académie des Sciences. juillet 1925, p. 157.
Ramon et Descombey. C. R. Société de Biologie, octobre 1925.
G. Ramon. Presse médicale, fevrier 1904.
Remburger et Bailly. C. R. Société de Biologie, juin 1927, p. 236.
Salvatore Diez et Campora. Gazetta osp. et cliniche, n° 57, 1907.
Senator. Deutsch. med. Woch., 1895,
Sicard, Paraf et Walich. C. R. Société de Biologie, juin 1927, et Bull. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, juillet 1927. p. 1086.
Silvermann. University of Pensylvania Med. Bull., mars 1904.
Stassano et Billon. C. R. Soc. de Biol.. avril 1902.
Swenzon et Lapinski. Arch. russes de Pathol., 1885.
Touzet. Thèse de Lyon, 1903.
Vergnoux. Thèse de Paris, 1904.
Walbum et Morch. Annales de l'Institut Pasteur, avril 1923, p. 396.
Waren Crowe. British. med. Journ., juin 1923.
Zoeller et Ramon. Bull. Soc. méd, des Hôpitaux de Paris, août 1926, p. 1370.

DR LEON ZAMENHOF.

Kto był istotnym twórcą antyseptyki?[1]

Ignaz Philipp Semmelweiss (1818—1865).

Jeżeli współcześni często nie umieją zdobyć się na uznanie doniosłości jakiegoś odkrycia — jest to zjawisko zupełnie naturalne. Wielkie ideje zazwyczaj wyprzedzają ludzkość o całe pokolenia. Lecz jeżeli nie umie tego ocenić a posteriori historja, staje się to karygodnem niedopatrzeniem. Takich skrzywdzonych jednostek, które długi czas czekały na uznanie ze strony objektywnej historji, jest bodaj najwięcej w dziedzinie medycyny.

Nazwisko *Semmelweisa* jest w dziejach popularnej medycyny mało znane. Zeszedł on z tego świata skromnie, jak niegdyś *Vesal, Serveto, Harvey* i inni — wśród obojętności i nawet szyderstwa swoich współczesnych. A przecież był on nietylko wybitnym genjuszem w sztuce lekarskiej, lecz również jednym z najbardziej zasłużonych ludzkości dobroczyńców, gdyż on był istotnym ojcem antyseptyki w najbardziej zaniedbanej w tym kierunku dziedzinie — sprawach połogowych.

Jakie opłakane stosunki panowały w położnictwie za czasów *Semmelweissa* najlepiej świadczyć może następująca anegdota, bardzo popularna wśród ówczesnych ginekologów. Pewien profesor posłał do porodu swego asystenta. Po dwuch dniach asystent wraca i składa następujący raport: „Niestety, poród zakończył się bardzo nieszczęśliwie, gdyż dziecko wypadło wydobyć kawałkami, matka na skutek dużego upływu krwi zmarła, a ojciec ze zmartwienia odebrał sobie życie". Gdy po kilku dniach ten sam asystent powrócił od innego porodu, doniósł profesorowi z radością, że na ten raz wynik był znacznie lepszy, „gdyż ojciec pozostał przy życiu".

Będąc asystentem w pierwszej klinice położniczej powszechnego szpitala wiedeńskiego, wzruszony śmiercią prof. *Kollotschka* z powodu ropnicy, która zupełnie przypominała swym przebiegiem gorączkę połogową, *Semmelweiss* zaczął starannie poszukiwać przyczyny jego zgonu i doszedł do wniosku, że gorączka połogowa nie jest bynajmniej chorobą epidemiczną, jak sądzono wówczas, lecz zakażeniem, zaszczepionem bądź przez jad trupi, bądź też na skutek zanieczyszczenia. Wniosek swój *S.* poparł spostrzeżeniem, że w klinikach, uczęszczanych przez studentów, liczba zakażeń była większa, niż na oddziałach, do których miały dostęp tylko położne.

[1]) Wkrótce tego samego autora ukażą się „Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach". Będą one zawierały chronologiczny opis historji sztuki lekarskiej od czasów starożytnych do nowoczesnych. Podane w postaci feljetonowej, zabarwione wyborem anegdot i aforyzmów dadzą one każdemu lekarzowi lekturę nietylko pouczającą, lecz również przyjemną i ciekawą. Celem unormowania nakładu uprasza się o wczesne zamówienie pod adresem autora (Marszałkowska 125). Dziełko ukaże się we wrześniu. Cena 5 złotych.

Wychodząc z tego założenia *Semmelweiss* zapoczątkował w klinice dezynfekcję rąk i materjału opatrunkowego. Było to wszystko w okresie przedbakterjologicznym! Pomimo znakomitych rezultatów, osiągniętych przez *S*,, które wykazały już w r 1848 spadek śmiertelności z 9,9% na 1,2%, ogłoszona przez niego praca „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers", niestety, nie znalazła uznania wśród współczesnych, przeciwnie wywołała nawet burzę protestów. Jednym z najgorętszych przeciwników *Semmelweissa* był prof. położnictwa w Würzburgu *Scanzoni von Lichtenfels*. *Semmelweiss* podrażniony tem negatywnem stanowiskiem powagi naukowej, która nie chciała uznać nawet faktów, uległ ekscytacji i w liście swym do *Scanzoniego* nazwał go ignorantem, szerzycielem zarazy, mordercą, który w historji zdobędzie sobie sławę Nerona w medycynie".

Ostry ten styl polemiki popsuł w dużym stoniu sprawę *Semmelweisa*. Skorzystali z tego jego przeciwnicy, okrzyczawszy go obłąkańcem. Niestety, los chciał, że *Semmelweiss* istotnie wkrótce popadł w psychozę. Nad epokowem odkryciem *S*. historja prędko przeszła do porządku dziennego. Przypomniano sobie je tylko wówczas, gdy już inni zwycięsko głosili zasady antyseptyki. W podręcznikach medycyny o *Semmelweissie* jeszcze i dzisiaj wspomina się bardzo mało.

Alfred Freiherr von Berger przytacza następujący bardzo wzruszający epizod, czy też anegdotę z życia *Semmelweissa* z okresu jego choroby. Było to podczas podróży statkiem do Wiednia w towarzystwie *Bergera*. Statek w pobliżu Pesztu osiadł na mieliźnie. Wypadło długo czekać na dalsze wyruszenie w drogę. Podróżni skracali sobie czas różnemi rozrywkami. Jakiś chłopczyna bawił się blisko nóg pogrążonego w zadumę *Semmelweissa*. Nagle, spostrzegłszy go, S. podnosi ociężałe powieki, przywołuje go do siebie i zwraca się do doglądającej go osoby: „Czy pani jest jego matką?"

— Jestem jego ciotką, matka jego nie żyje.

— Tak! a kiedy umarła? — zapytuje *Semmelweiss*, przypominając sobie swoją rolę lekarza.

— Podczas połogu.

— Jakto? — dziwi się S. — z jakiego powodu i na jaką chorobę?

Tu nieszczęśliwy z trudem zaczął sobie przypominać nazwę tej choroby, której poświęcił tyle pracy i życia.

Po bezowocnym wysiłku zwrócił się do przyjaciela i otoczenia ze słowami:

— Czy nie jest to dziwne, że ludzie jeszcze umierają na chorobę, której wcale niema, której nazwy nawet zapomniałem, jakkolwiek jestem przecież uczonym lekarzem! Głupie kobiety, które wciąż jeszcze umierają na tę chorobę!

Dziwnem zrządzeniem losu *Semmelweiss* zmarł w szpitalu dla obłąkanych nie z powodu choroby mózgowej, lecz na skutek zakażenia, przeciwko któremu walczył całe życie.

Założony w 1888 roku

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY

D-ra TADEUSZA STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 11. **Telefon 37-65, Konto P.K.O. 22.378.**

SZCZEPIENIE NA MIEJSCU DZIEŃ CAŁY. SWIADECTWA DO SZKÓŁ.

INSTYTUT WYRABIA KROWIANKĘ
W ZAWIERALNIKACH 1°, 5° i 10°. SZCZEPIENNYCH.

Szczepionkę wysyła się na prowincję za zaliczeniem pocztowem lub też w celu zmniejszenia porta po otrzymaniu należności przez P. K. O.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Pneumobacillus Friedländera przyczyną zakażenia wątrobowo-żółciowego. (Infections hèpato-biliaires à bacille de Friedländer). P. Carnot, J. Dupont i E. Liebert. *Paris mèdical Nr. 21, 1930.*

Pierwszy przypadek angiocholitis na tle pneumobacilus *Friedländera* opisał *Netter* w roku 1890; od tego czasu ogłaszano pojedyńcze tylko przypadki analogiczne, co skłania autorów do ogłoszenia dwu własnych spostrzeżeń.

Przypadek I dotyczy mężczyzny lat 44, który od stycznia 1929 r. ulega napadom wysokiej gorączki o charakterze zimniczym, dopiero po paru napadach pojawiły się bóle w podżebrzu prawem i wymioty żółcią. Wywiady i badania w kierunku zimnicy dają wynik ujemny, natomiast lekkie zabarwienie żółte białkówek i skóry kierują rozpoznanie ku zakażeniu dróg żółciowych. Chory ten przed paru laty miał odjęty wyrostek robaczkowy a niebawem i woreczek żółciowy, w którym obok zmian zapalnych nie znaleziono kamieni. Ostatnią operację wykonano w roku 1925 z powodu napadów bólu w podżebrzu prawem z żółtaczką. Napady dreszczów i gorączki, z powodu których chory zgłasza się do szpitala, miały miejsce od 3 lat; w przerwach istniał stan podgorączkowy.

Z chwilą stwierdzenia zakażenia dróg żółciowych choremu podano atofan, a po paru dniach chory, jakoby uleczony, opuścił szpital. Po 10-iu miesiącach zgłasza się ponownie z dawnemi objawemi (dreszcze, gorączka) i otrzymuje dożylne wstrzykiwania hexamethylentetramin. Po 3-ch miesiącach chory wskutek gwałtownych bólów w prawnm podżebrzu, wysokiej gorączki i żółtaczki, zgłasza się ponownie Tym razem obok powyższego stanu stwierdzono też znaczne powiększenie wątroby. W tym czasie stwierdzono we krwi obecność pneumobacilus *Friedländera.* Gorączka, która chwilowo opadła, podnosiła się znowu, zastosowano wakcynę swoistą (z wyhodowanego szczepu), atofan oraz codzienne zgłębnikowanie dwunastnicy. Chory po szeregu dni opuścił szpital z ciepłotą podgorączkową, na własne żądanie. Po paru dniach powrócił z objawami zapaści i w kilka godzin po przybyciu do szpitala zmarł. Badania sekcyjnego nie można było wykonać.

Autorowie opisują szczegółowo badania laboratoryjne, z czego wynika, że w styczniu 1929 roku badanie krwi wykazało jej jałowość. W 10 miesięcy później wyhodowano pneumobacilus *Friedl.* w żółci wydobytej zapomocą zgłębnika dwunastniczego, a w 3 miesiące później wyhodowano ten sam drobnoustrój we krwi chorego. Drobnoustrój ten wykazywał pewne odchylenia od typowej pałeczki *Friedländera.* Treść wydobyta zapomocą zgłębnika dwunastniczego wykazywała liczne krwinki, kryształki cholesteryny oraz brak większej liczby ciałek białych, co przemawia przeciwko angiocholitis suppurativa. W moczu niekiedy uzyskać można było obecność pałeczki *Friedl*, hodowle pozostały jednak jałowe. Badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilną.

W powyższym przypadku autorowie mieli do czynienia z ogniskami zapalnemi w drogach żółciowych samej wątroby na tle pałeczki *Friedl.*, skąd, od czasu do czasu, dochodziło do przedostawania się drobnoustrojów do krwiobiegu.

Przypadek II dotyczył 23 letniej kobiety, która zgłosiła się do szpitala w stanie bezgorączkowym, z wybitną żółtaczką zastoinową. Badanie przedmiotowe wykryło tylko lekkie powiększenie śledziony i bolesność w okolicy woreczka żółciowego. Wątroba nie była powiększona. Badanie treści dwunastnicy wydobytej zapomocą zgłębnika dało czystą hodowię pałeczki *Friedländera.* Jako rzecz szczególną należy podkreślić, że pałeczka ta wykazywała te same odchylenia (anomalje), jak drobnoustrój, wyodrębniony w pierwszym przypadku.

Autorowie podkreślają znaczenie zgłębnikowania dwunastnicy i stosowanie hodowli z wydobytej treści dla rozpoznania omawianych stanów i odpowiedniego swoistego leczenia.

Hepatitis icterogenes i kamica żółciowa (Hépatite ictérigène et lithiase). H. Bernard i J. Caroli. *Paris medical, nr 21, 1930.*

Jest rzeczą dobrze znaną, że nieraz zabieg chirurgiczny dokonany u chorego na kamicę żółciową z przewlekłą żółtaczką, nie wykrywa obecności kamienia w przewodzie żółciowym. W tych przypadkach żółtaczka wywołana jest albo przez zapalne zmiany przewodu żółciowego, lub też przez ucisk tegoż wskutek przewlekłego zapalenia trzustki. Spostrzeżenie autorów, zgodne z spostrzeżeniami prof. *Carnot'a* wykazuje, że przyczyną tej żółtaczki mogą być też zmiany w miąższu samej wątroby.

Przypadek autorów dotyczy kobiety 31 letniej, która od wielu lat cierpiała na bóle w podżebrzu prawem, promieniujące ku krzyżom i występujące co parę dni, późno w nocy. Chora po jednym z takich napadów dostała silnej żółtaczki z odbarwieniem stolców i znacznem swędzeniem skóry. Po dalszych 3 tygodniach żółtaczka nietylko nie zmniejszyła się, ale nawet wzmogła; ciepłota ciała od początku choroby była niepodwyższona. Badania zapomocą zgłębnika dwunastniczego nie udało się dokonać. Prześwietlenie prom. *Rentgena* nie wykazało wprawdzie obecności kamieni, lecz górna część opuszki dwunastnicy była zniekształcona. Badanie krwi na czas krwawienia, czas krzepnienia i kurczliwości skrzepu nie wykazały odchyleń od stanu prawidłowego. Na podstawie doświadczenia prof. *Carnota* autorowie sprzeciwiali się wykonaniu zabiegu chirurgicznego, mimo dwumiesięcznego trwania żółtaczki; wobec nalegania chorej i lekarzy otoczenia dokonano jednak otwarcia jamy brzusznej

i woreczka żółciowego, przyczem wydobyto kamienie i zdrenowano woreczek żółciowy. Chirurg odłożył zabieg na przewodzie żółciowym wspólnym do czasu ustąpienia żółtaczki. Mimo krótkotrwałości zabiegu w znieczuleniu miejscowem, mimo względnie dobrego stanu ogólnego chorej przed zabiegiem, chora w 48 godzin po zabiegu zmarła wśród objawów wysokiej gorączki i duszności toksycznej.

Badanie pośmiertne (częściowe) wykazało nieobecność kamienia w przewodzie żółciowym, sam przewód był drożny a ściany jego blade wskazywały, że dawno żółć nim nie płynęła. Trzustka bez zmian. Wątroba natomiast była powiększona i wykazywała zmiany właściwe hepatitis, które autorowie szerzej opisują i ilustrują; brak było objawów drobnowidowych świadczących za zwyrodnieniem tłuszczowem lub za marskością wątroby.

Wobec powyższych wyników badania drobnowidowego autorowie podkreślają względnie dobry stan ogólny chorej przy zmianach poważnych w wątrobie; niedomoga wątroby była w tym przypadku utajona i dopiero zabieg chirurgiczny nawet stosunkowo lekki wydobył ją na jaw. Zastanawiając się nad przyczyną zmian chorobowych wątroby, autorowie wyrażają hipotezę o żółtaczce prostej, która wystąpiła u chorej z kamicą żółciową. Nadto wobec zmian anatomo - patologicznych myśleć można też o hepatitis icterogenes, wywołaną przez spirochaete ictero-haemorrhagica, choć nie dokonano badań serologicznych i mikrobiologicznych w tym kierunku, gdyż za życia chorej nie było danych do podobnego przypuszczenia. Przedewszystkiem jednak autorowie zwracają uwagę na dwa przypadki *Carnota*, niemal analogiczne, w których również dokonano zabiegu operacyjnego, poczem nastąpiła śmierć chorych. Wszystkie te przypadki przebiegają bądźto bez gorączki, bądźto ze stanem lekko podgorączkowym.

Należy zatem mieć na uwadze wobec chorych z kamicą żółciową i znaczną żółtaczką, o przebiegu bezgorączkowym, że chodzić tu może o zastój żółci wywołany nietylko zaczopowaniem przewodu żółciowego przez kamień, nowotwór, zmianę w przewodzie żółciowym wspólnym lub zmiany w trzustce, ale też, że zastój żółci może być skutkiem zmian chorobowych w samej wątrobie. W takich przypadkach. nawet lekki zabieg chirurgiczny, prowadzi do śmierci wskutek ujawnienia niedomogi wątroby.

Priapismus, jako pierwszy objaw białaczki szpikowej. (Priapisme révélateur d'une leucémie myéloide). Ch. Achard. *Paris médical. nr. 24, 1930.*

Początek białaczki szpikowej zazwyczaj jest utajony i choroba ujawnia się wówczas, gdy uszkodzenie narządów krwiotwórczych jest daleko posunięte. Niekiedy jednak spostrzegamy we wczesnym, przedklinicznym okresie białaczki objaw, który może rozpoznanie ułatwić. Objawem tym jest priapismus. Autor podaje historję choroby jednego przypadku priapismus w takim wczesnym okresie białaczki. Podobnych przypadków ogłoszono w piśmiennictwie około 50.

Chory lat 50, zostaje przeniesiony na oddział wewnętrzny z oddziału chirurgicznego, gdzie przebywał parę dni. Do tego czasu był zdrów. Od miesiąca dopiero doznawał erekcji nocnych, długotrwałych, które ustępowały po wstaniu chorego z łóżka. Przed paru dniami erekcja nocna nie ustąpiła i utrzymywała się cały dzień. Stosunek płciowy nie przyniósł ulgi, wobec czego chory zgłosił się do lekarza, który wstrzyknął jakiś lek u nasady prącia i następnie polecił postawienie tamże dwuch pijawek. Skoro i to nie pomogło, chory zgłosił się na oddział chirurgiczny, gdzie dokonano wstrzyknięcia nowokainy drogą epiduralną, a po paru dniach, wobec braku poprawy, skierowano chorego na oddział wewnętrzny.

W chwili przyjęcia chorego, jego stan ogólny był bardzo dobry, prącie w stanie erekcji, ale tylko w zakresie corpora cavernosa. Oddawanie moczu prawidłowe. W przypadku tym chodziło o priapismus a nie o satyriasis, gdyż erekcji nie towarzyszyło pożądanie płciowe. Pierwszego dnia wykonane badanie krwi wykazało białaczkę szpikową, krwinek: 5,000,000, Hb=100, ciałek białych: 280,000. w tem; kom. wielojądrzastych obojętnochłonnych: 54%, eozynochłonnych: 1%, zasadochłonnych 1%, komórek jednojądrzastych 2%, limfocytów 3%, myelocytów obojętnochłonnych 34%, myeloc. eozynochłonnych 3%, myeloc. zasadochłonnych 1%. Śledziona wykazywała stłumienie zaledwo 3 — 4 palców, gruczoły chłonne niepowiększone, ciepłota niepowiększona, tętno 70 na min. Chorego poddano naświetlaniom prom. *Rentgena*, w szczególności naświetlano: perineum, os sacrum, śledzionę i kości długie. Pod wpływem na-świetlań obraz krwi poprawiał się, erekcja utrzymywała się, lecz w co raz słabszym stopniu. Dopiero po upływie miesiąca erekcja ustąpiła; mimo to naświetlania przeprowadzano nadal, przy końcu ambulatoryjnie. Po 2 miesiącach naświetlań (chory otrzymał 22 naświetlań) obraz krwi wykazywał: krwinek 5,800,000, Hb = 100, ciałek białych 15,600, w tem kom. wielojądrzastych obojętnochłonnych 65%, eozynochłonnych 5%, zasadochłonnych 8%, kom. jednojądrzastych średnich 10%, monocytów, 9%, myelocytów 2%. Kontrola krwi po miesiącu dała podobny wynik.

Priapismus białaczkowy pojawia się przeważnie w przebiegu białaczki szpikowej; tylko *Gardner* widział ten objaw w białaczce limfatycznej; występuje przeważnie ostro i nagle. Priapismus omawiany może być zarówno objawem wczesnym (jak w przypadku autora), może jednak pojawiać się w dalszym przebiegu białaczki, lub też jako objaw końcowy. *Rub i Wartbin* spostrzegali priapismus w białaczce, utrzymujący się po śmierci chorego. Priapismus omawiany jest zazwyczaj uporczywy, trwać może parę miesięcy. Bliższe cechy priapismus są zazwyczaj takie, jak w powyższym przypadku t. j. dotyczy tylko corpora carernosa; nieleczony—może ustąpić samoistnie. Prawie zawsze po ustąpieniu priapismu pozostaje impotencja. Patogeneza priapismu nie jest całkowicie wyjaśniona, Naogół odrzuca się hipotezę *Kunota*, który objaw ten odnosił do przyczyn nerwowych, podobnie i hypoteza mówiąca o ucisku na nervus erectorius przez krwiak nie znalazła zwolenników. Autor skłania się do przyjęcia teorji o zaczopowaniu żył w corpora cavernosa. Skrzepy żylne spostrzega się często w przebiegu białaczki, przyczem chodzić tu może zarówno o skrzepy złożone z włóknika i leukocytów, jak i skrzepy leukocytarne wywołane zastojem. U chorego opisanego powyżej liczba płytek Bizzozerro była znacznie powiększona i wynosiła 970,000 w mm^3.

W leczeniu priapismus białaczkowego próbowano stosować zabieg chirurgiczny polegający na nacięciu i wydobyciu skrzepu. Często jednak po zabiegu wywiązywało się długotrwałe ropienie; raz opisywano ogólne zakażenie bac. coli. (*Goebel*). *Lewis* uleczył przypadek priapismu podwiązaniem

art. dorsalis penis. Autor skłania się do stosowania naświetlań promieniami Rentgena w podobnych przypadkach.

Pierwotne zapalenie opon i mózgu na tle nagminnego zapalenia przyusznic. (La méningo — encéphalite ourlienne primitive). R. J. Weissenbach, G. Basch i M. Basch. *Paris médical. Nr. 23, 1930.*

Odczyny i powikłania ze strony mózgu lub opon mózgowych w czasie trwania nagminnego zapalenia przyusznic (parotitis epidemica) są dziś już dobrze znane; mniej znane są natomiast powyższe objawy, o ile występują na parę dni przed obrzękiem przyusznic lub gruczołów.

Autorowie dzielą objawy ze strony opon i mózgu na powyższem tle na 3 grupy.

Grupa pierwsza obejmuje objawy czysto oponowe, bez objawów mózgowych. Przebieg kliniczny jest następujący: chory nagle ulega wśród objawów: wymioty, objaw *Kerniga*, sztywność karku, gorączka, a nawet drgawki. Płyn mózgordzeniowy wykazuje zmiany cytologiczne przy braku drobnoustrojów Dopiero 3—6 dni później występuje obrzęk przyusznic, zazwyczaj jednostronny. Niekiedy zamiast przyusznicy ulegają obrzękowi inne gruczoły: gruczoł podjęzykowy, podszczękowy. Po tygodniu stan chorobowy mija.

Grupa druga obejmuje przypadki z objawami ze strony mózgu i wówczas przed wystąpieniem obrzęku gruczołów pojawiają się; przejściowa hemipareza, zaburzenia czuciowe i lekka afazja, albo objawy móżdżkowe, albo porażenia oczne, myoklonja, porażenie n. twarzowego i t. p.

Grupa trzecia obejmuje przypadki śpiączki, nie znajdującej wytłomaczenia aż do czasu pojawienia się obrzęku przyusznic lub gruczołów, co ma miejsce mniej więcej czwartego dnia choroby.

Poza powyższemi trzema grupami autorowie opisują przypadki zapaleń oponowo-mózgowych bez następowego obrzęku przyusznic lub gruczołów. Chodzi tu o przypadki z charakterystycznemi objawami, które ulegają wyleczeniu w przeciągu około tygodnia. Za ich naturą identyczną z nagminnem zapaleniu przyusznic przemawia fakt pojawiania się w czasie epidemji parotitis epidemica, odpowiedni czas wylęgania, odporność tych chorych na parotitis epidemica w czasie odnośnej epidemji, wreszcie wyniki badania płynu mózgo-rdzeniowego.

Płyn mózgo-rdzeniowy. Autorowie nie znaleźli wprawdzie cech swoistych płynu właściwych dla omawianej natury cierpienia, sądzą jednak, że wszechstronne badanie płynu pozwala na wykluczenie innej etjologji cierpienia (meningitis tbc., syphilitica, meningococcica i t. p.) i w ten sposób pozwala na rozpoznanie właściwe.

Właściwości fizyczne: wodojasny w 90%, nie zawiera strąconego włóknika (skrzepu), wypływa przeważnie pod wzmożonem ciśnieniem. Chemiczne: ilość białka zwiększona (o.5—1.0 gr. — prawidłowo 0.15 — 0.20‰), ilość cukru nieznacznie się waha (prawidłowo 0.45 — 0,58‰), ilość chlorków nieco obniżona (normalnie 7.25 do 7.40‰. Cytologja: przy wczesnem nakłuciu liczba ciałek białych znacznie powiększona, szybko jednak opada, tak, że nakłucie wykonane między 10 a 20 dniem choroby. wykazuje liczbę ciałek niższą, od 50 w mm³. Jakościowo chodzi przeważnie tylko o limfocyty; tylko w *1* przypadku odsetek leukocytów (dobrze zachowanych) dochodził do 50%., stale brak krwinek. Bakterjologicznie płyny te są zawsze jałowe. Właściwości fizyko-chemiczne: Odczyn Was. zawsze ujemny. Odczyn *Pandy'ego i Nonne-Apelta* wypadają zmiennie.

Rozpoznanie bywa z początku bardzo trudne. Klinicznie należy zwrócić baczną uwagę na zachowanie się przyusznic i innych gruczołów (podjęzykowe, podszczękowe), na ujście przewodu *Stenona*, a przedewszystkiem w wywiadach należy stwierdzić, czy chory nie miał styczności z chorymi na parotitis epidemica. Badanie płynu mózgo-rdzeniowego jest bardzo pomocne. W odróżnieniu od meningitis tbc należy pamiętać, że płyn w meningitis tbc. zawiera skrzepy włóknika, więcej białka (1—2‰), ilość chlorków zmniejszona, nieraz znacznie (niżej 6‰), również zmniejszona ilość cukru, wreszcie wchodzi w grę badanie bakterjologiczne. Płyn mózgo-rdzeniowy w menigitis luetica przy podobnych objawach klinicznych wykazuje większy odsetek komórek obojętnochłonnych, częścią uszkodzonych, następnie obecność komórek mononuklearnych i plasmatycznych. Także ilość białka jest zazwyczaj wyższa, a wreszcie decydujące znaczenie posiadają odczyny serologiczne (Wa-i td.), W chorobie Heine-Medina płyn zawiera komórki obojętnochłonne częścią uszkodzone. Odróżnienie tych dwu schorzeń jest trudne; należy uwzględnić warunki epidemjologiczne. Pewne postacie encephalitis epidemica mogą również sprawiać trudność rozpoznawczą, różnice w charakterze płynów są zbyt nikłe (obecność komórek obojętnochłonnych także uszkodzonych) dla rozpoznania. W postaciach oponowych na tle zakażenia Spirochaete icterigenes płyn zawiera przeważającą liczbę ciałek wielojądrzastych (80—90%). Płyn mózgo-rdzeniowy w meningitis epidemica lub na tle innych drobnoustrojów, jak: pneumokokki, streptokokki i t. p. posiada swój odrębny wyraz nawet gdy jest przejrzysty (znaczna ilość białka, znaczna ilość włóknika, uszkodzone komórki, badanie bakterjologiczne).

Rokowanie jest naogół bardzo korzystne; po gwałtownych a nieraz burzliwych objawach następuje całkowite wyleczenie. W rzadkich jednak przypadkach notowano pewne pozostałości: jak bóle głowy, a nawet pojawianie się nowych objawów po paru tygodniach, jak np. wzmożona wrażliwość, lekkie napady podobne do padaczki — bradykardja.

Na zakończenie autorowie nawołują do zwrócenia uwagi na opisaną postać zapalenia opon i mózgu zwłaszcza w okresie grasującej epidemji nagminnego zapalenia przyusznic. Wreszcie podnoszą objawy nerwowe i mózgowe tak różnorodne i częste w przebiegu parotitis epidemica wyprowadzając wniosek o właściwości zarazka nagminnego zapalenia przyusznic, który napada nie tylko gruczoły, ale i tkankę nerwową.

Monocytoza i wstrząs. (Monocytose et choc). P. L. Drouet i P. Florentin. *Paris médical Nr. 24. 1930.*

Badania nad monocytozą we krwi wzmogły się w ostatnich czasach, gdy coraz bardziej przyjmuje się zapatrywanie, że monocyty pochodzą z układu śródbłonkowo-siateczkowego. Monocytoza w przebiegu niektórych schorzeń oddawna była znana. I tak spotykamy ją w durze brzusznym, w zakażnem zapaleniu wsierdzia, w ospie. w zimnicy, w nagminnem zapaleniu przyusznic, w kala-azar, leishmaniosis i t. d.

Autorowie przeprowadzili swe badania w rozmaitych chorobach skóry, w chorobie posurowiczej, anafilaksji i t. p. i doszli do następujących wniosków:

1. W chorobach, w których uczulenie gra rolę (egzema, pokrzywka, wysypka płonicza) istnieje monocytoza.

2. Monocytoza pojawia sie w czasie wstrząsu wywołanego białkiem (mleko) lub metalami w stanie kolloidowym (sole złota).

3. Monocytoza występuje też w chorobie posurowiczej i w objawach wstrząsowych występujących po wprowadzeniu surowic. O ile brak objawów klinicznych, wówczas niema też i monocytozy.

W stanach uczuleniowych bardziej charakterystyczną jest monocytoza, aniżeli eozynofilja. Związek monocytozy z układem siateczkowo-śródbłonkowym jest niezaprzeczony. *Z. Gorecki.*

CHIRURGJA.

Wskazania i wyniki operacyjne w kamicy nerkowej zakażonej. (Traitement chirurgical actuel de la lithiase rénale infectée). Fredet. *Bruxelles — Médical Nr. 32, czerwiec 1930 r.*

Operacje, wykonywane w przebiegu zakażonej kamicy nerkowej, polegają na: 1) nacięciu miedniczki, 2) nacięciu samego miąższu nerkowego, ewentualnie w połączeniu z nacięciem miedniczki, 3) nefrostomji i 4) wycięciu nerki.

Dwa ostatnie zabiegi stosuje się tylko wyjątkowo, jeśli wymagają tego szczególne warunki. Wskazaniem do wycięcia nerki są: zupełne zniszczenie anatomiczne nerki przy braku podejrzenia co do kamicy po stronie przeciwnej, ciężki stan ogólny chorego (a druga nerka — wydolna), ropniak nerki chorej, grożący ogólnem zakażeniem. Śmiertelność pooperacyjna wynosi 8—9% i jest mniejsza, niż po nacięciu miąższu nerkowego. Dalszy przebieg pooperacyjny mogą wikłać — powstanie przetoki ropnej lub moczowej i kamica drugiej nerki. Nefrostomja polega na zespoleniu nerki z powłokami zewnętrznemi. Wskazaniami do niej są: zakażona kamica nerki jedynej (przy braku wrodzonym lub nabytym nerki drugiej), kamica obustronna nawrotowa przy zmniejszonej wydolności obu nerek i, wreszcie, konieczność długotrwałego sączkowania nerki ciężko zakażonej. Smiertelność pooperacyjna jest większa niż po wycięciu nerki.

Operacjami z wyboru w przypadkach kamicy nerkowej zakażonej są: nacięcie miedniczki i nacięcie samej nerki.

Wstrząs pooperacyjny, niebezpieczeństwo wtórnych krwotoków i ogólnego zakażenia po nacięciu miedniczki są znacznie mniej groźne niż po nacięciu miąższu nerkowego; po tym ostatnim zabiegu krwotoki są następstwem powstawania zawałów w nerce, wtórnie ulegających zakażeniu i rozpadowi, i czasami dają wskazania do natychmiastowego wyjęcia nerki. Smiertelność pooperacyjna po nacięciu miedniczki wynosi 6%, po nacięciu samej nerki — 17%. Niebezpieczeństwo powstania przetoki moczowej lub nawrotu kamicy jest takie samo po nacięciu miedniczki, jak i po nacięciu nerki.

Operacja nacięcia miedniczki (z następowem jej zeszyciem lub nie, co zresztą jest bez większego znaczenia) daje większą pewność co do następowego zachowania wydolności nerki, niż nacięcie samego miąższu.

Jak widać z powyższego, przewaga korzyści po stronie nacięcia miedniczki jest wyraźna. Jednakże, do wykonania tej operacji potrzeba pewnych warunków koniecznych, jak: a) możność wyłonienia nerki nazewnątrz, aby można było naciąć tylną ścianę miedniczki pod kontrolą oka, b) dokładne wiadomości co do liczby i umiejscowienia kamieni, c) kamienie niezbyt dużych rozmiarów, d) brak dalej posuniętego zakażenia nerki. Zaś w przypadkach, w których nerki nie udaje się wyłonić nazewnątrz, kamienie są duże lub zaklinowane w miąższu, lub wreszcie ciężkie zakażenie nerki wymaga jej rozległego sączkowania — uciec się trzeba do operacji nacięcia miąższu nerkowego.

Przygotowanie chorych na zakażoną kamicę nerkową do operacji polega na założeniu na

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na NERKI

Podagra - dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe) Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na WĄTROBĘ

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

stałe cewnika moczowodowego na przeciąg kilku dni (do 32 dni) z codziennem przemywaniem miedniczki roztw. Hydrarg. oxycyanat. 1:5000 (rano) i roztw, azotanu srebra (wieczorem) 1:500, 1:300, 1:100. Założenie cewnika moczowodowego poprzedza, w razie potrzeby zastosowanie na stałe cewnika do pęcherza i przemywanie go roztw. Hydrarg. oxycyanat. 1:5000 i roztw. lapisu 1:2000.

Przemywanie miedniczki należy kontynuować i po operacji w ciągu jeszcze paru miesięcy — a to żeby ustrzec chorego od ewentualnego nawrotu cierpienia.

Rwa kulszowa, będąca następstwem zapalenia stawów międzykręgowych. (Les sciatiques vertébrales). Putti. *Bruxelles Médical Nr. 34, czerwiec 1930 r.*

Pomijając przypadki rwy kulszowej objawowej, powstałej na tle różnych schorzeń anatomicznych kręgosłupa jak gruźlica, kiła, nowotwory, złamania, zwichnięcia — olbrzymia większość przypadków tak zwanej rwy kulszowej pierwotnej, samoistnej czyli gośćcowej (reumatycznej) ma swoją przyczyną chorobotwórczą w zapaleniu stawów międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa. Przyczem chodzi tutaj o zapalenie podostre lub przewlekłe, ograniczone do powierzchni i torebek stawowych międzykręgowych wyrostków stawowych, a nie dotyczące zupełnie trzonów, krążków i więzadeł międzykręgowych i nie mające nic wspólnego z tak zwanym gośćcem zniekształcającym kręgosłupa (spondylarthritis deformans ankylopoetica). Owe zapalenie stawów międzykręgowych może być wywołane z kolei albo pewnemi wrodzonemi zaburzeniami statyki wyrostków stawowych kręgów, albo — co ma miejsce bez porównania częściej — działaniem czynników zakaźnych, toksycznych, zwyrodnieniowych, urazowych, gośćcowych, wreszcie skazami różnemi. Zmiany zapalne w stawach międzykręgowych pociągają za sobą odpowiednie zmiany kształtu i wymiarów dziuri kanałów międzykręgowych i, w związku z tem, objawy uciskowe ze strony odpowiednich nerwów. Umiejscowienie tych zmian najczęściej w zakresie IV i V kręgu lędźwiowego i I krzyżowego tłumaczy w zupełności występowanie bólów właśnie w zakresie nerwu kulszowego.

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie 345 odnośnych chorych przychodzi do wniosku, że tak zwane „lumbago" nie jest niczem innem, jak właśnie zapaleniem stawów lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa, przyczem w ogromnej większości chorych tych obok objawów, własnych „lumbago" występowały wyraźnie i objawy rwy kulszowej, która to ostatnie z czasem wysuwała się na pierwszy plan całego obrazu klinicznego, maskując do pewnego stopnia objawy lumbago.

Rozpoznanie stanów powyższych opiera się na stwierdzeniu: 1) bólów odnośnych, 2) sztywności odruchowej w lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa i ·) odpowiedniego obrazu rentgenowskiego wyrostków stawowych kręgów — rozrzedzenie końców stawowych z zageszczeniem brzegów wolnych, ubytki i inne zniekształcenia powierzchni stawowych, zwężenie, ewentualnie zanik, szpary stawowej i wreszcie, zaniki i przerosty różnych wyrostków stawowych kręgów.

Leczenie, według autora, polega w okresie ostrym na zupełnym spokoju (leżenie w łóżku) i stosowaniem miejscowem ciepła — najlepiej pod postacią termoforu alkoholowego wdg. *Biera* (diatermja daje gorsze wyniki), z następowem miesieniem całego ciała. Po przejściu ostrego okresu bólów nakłada się choremu na miednicę i lędźwiową część kręgosłupa gorset ortopedyczny (narazie gipsowy, z czasem — celuloidowy), do którego noszenia chory przyzwyczaja sie powoli tak, żeby po tygodniu mógł go już nosić na stałe — i to w przeciągu roku W przypadkach nie poddających się leczeniu powyższemu, autor wykonał wycięcie stawów między kręgiem lędźwiowym IV, V i kością krzyżową— z wynikiem bardzo dobrym.

Nakłuwanie w celach rozpoznawczych dołu Douglasa (Sur la ponction du Douglas). Henrotay. *Bruxelles Médical Nr. 34, czerwiec 1930.*

Zbyt rzadko się stosuje ten zupełnie bezpieczny i pewnie prowadzący do celu zabieg rozpoznawczy jakim jest nakłucie dołu *Douglasa* poprzez tylne sklepienie pochwy — prawdopodobnie dlatego, że się o nim nie pamięta. Jednakże sposób ten oddaje nieocenione usługi, jeśli trzeba rozstrzygnąć rozpoznanie między ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, ciążą pozamaciczną z krwotokiem wewnetrznym, lub ciążą maciczną w okresie poronienia. Zwłaszcza, jeśli chodzi o ustalenie wskazań do natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

Wykonanie samego nakłucia jest bardzo proste Posługujemy się w tym celu igłą typu używanego do nakłuć żylnych, niezbyt cienką. długości 6 cm. Tylną wargę szyi macicznej chwyta się kulociągiem i unosi ku górze, poczem wbija się igłę, nasadzoną na strzykawkę *Recorda*, w sklepienie tylne tuż poza częścią pochwową, równolegle do osi szyi macicznej i jakby stycznie do tej szyi. Po ewentualnem wydobyciu zawartego w dole *Douglasa* płynu (ropa, krew), wyciągą się igłę, przyczem z pozostałego w sklepieniu otworka sączy się zwykle dosyć długo i obficie krew, mało wykazująca tendencji do krzepnięcia; dlatego też lepiej jest ucisnąć na jakiś czas to miejsce gazą.

Uwagi w sprawie lecznictwa operacyjnego wrzodziejącej postaci gruźlicy jelit. (Considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose intestinale, survenant au cours de la tuberculose pulmonaire). Bérard i Heitz. *Lyon Chirurg XXVII — Nr. 3, maj—czerwiec 1930.*

Autorowie pomijają tutaj zupełnie w rozważaniach swych te postacie gruźlicy jelit — jak postać przerostowa okolicy kretniczo-kątniczej lub zwężenia w jelitach cienkich — które pod względem wskazań operacyjnych nie nasuwają żadnych wątpliwości. Zajmują się zaś wyłącznie postacią wrzodziejącą, która jest jednocześnie najczęstszą postacią gruźlicy jelit u osobników z gruźlicą płuc.

Schorzenie to występuje naogół często, na podstawie materjału sekcyjnego częstość występowania tych zmian określono na 50 — 80% wszystkich zmarłych na gruźlicę płuc. Jego rozpoznanie — przynajmniej w początkowych okresach choroby — jest naogół trudne. Na obraz kliniczny składają się: brak apetytu, odbijania, mdłości, zaparcia na zmianę z biegunkami (te ostatnie stają się z czasem bardzo uporczywe), bóle brzucha — przeważnie w okolicy prawego talerza biodrowego (bolesność uciskowa w temże miejscu), krwawienia kiszkowe i szybkie

upośledzenie stanu ogólnego. Jednakże pod względem rozpoznawczym największą wartość przedstawia wynik prześwietlenia rentgenowskiego, które umożliwia dokładne umiejscowienie owrzodzeń i określenie ich rozległości. Pierwszym objawem klinicznym, który powinien obudzić podejrzenie lekarza w kierunku gruźlicy jelit, bywa: a) szybkie upośledzenie stanu ogólnego, b) odruchowe objawy ze strony żołądka, c) bole brzucha, d) krwawienia kiszkowe, e) biegunka.

Schorzenie powyższe, nieleczone, szybko prowadzi do śmierci. Metodą leczniczą z wyboru jest zabieg operacyjny — doszczętny lub połowiczy. Jedynem przeciwskazaniem dc zabiegu jest zbyt upośledzony stan ogólny chorego. Operacja doszczętna polega na wycięciu chorego odcinka kiszki, które zabezpiecza zupełnie pewnie przed nawrotem cierpienia. Operacje połowicze polegają na: laparotomji wywiadowczej, zespoleniu jelitowem, lub też na zespoleniu z wyłączeniem jedno lub obustronnem odcinka chorego (wszycie obu końców w powłoki zewnętrzne). Zabiegi te sprowadzają w większości przypadków znaczną poprawę, o ile tylko zostały wykonane we wczesnym okresie choroby. Stosowanie leczenia fizykalnego (promienie ultra-fioletowe i Roentgena) i objawowego ogranicza się do przypadków nieoperacyjnych, względnie uważa się je za czynnik wspomagający leczenie chirurgiczne.

Współczesne leczenie raka ślinianki przyusznej (Le traitement actuel du cancer de la parotide). Bérard, Cressel i Colson. *Lyon chirug. XXVII — Nr. 3 maj—czerwiec 1930.*

Rak przyusznicy jest naogół schorzeniem rzadkiem, przynajmniej w porównaniu z rakiem twarzy, warg i jamy ustnej. Rozwija się on albo na podłożu ślinianki dotychczas zdrowej, albo też na tle guza mieszanego przyusznicy. Szerzy się głównie per continguitatem przechodząc na skórę i najbliższe naczynia i gruczoły chłonne; przerzuty daje względnie późno, jak również późno przechodzi na kości sąsiednie (żuchwę, podstawę czaszki).

Wbrew panującym dawniej poglądom, rak przyusznicy daje się zupełnie dobrze leczyć operacyjnie i operację doszczętnego wycięcia przyusznicy należy uważać za metodę z wyboru w leczeniu tego schorzenia.

Poszczególne etapy wyżej wymienionej operacji: 1) cięcie skóry pionowe, tuż przed małżowiną uszną, rozpoczynające się powyżej łuku jarzmowego i schodzące w dół, wzdłuż głębokich gruczołów chłonnych, aż do obojczyka; drugie cięcie odchodzi poziomo od poprzedniego do przodu i tuż poniżej dolnego brzegu żuchwy; 2) podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej (powyżej odejścia tętnicy tarczycowej górnej) i wyłuszczenie gruczołów chłonnych podżuchwowych i wzdłuż dużych naczyń szyi; 3) separowanie przyusznicy od tyłu do przodu i przecięcie pnia nerwu twarzowego, czasowe przecięcie mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego i przewodu słuchowego zewnętrznego, 4) oddzielenie części ślinianki, drążących ku wewnątrz, do dołu pozażuchwowego, i do przodu i odrzucenie guza w całości z gruczołami chłonnemi; 5) zatamowanie krwawienia i szew z pozostawieniem sączka.

Autorowie operowali w ten sposób 31 chorych, po operacji stosowano z reguły rad w dużej dawce, w 33% otrzymano wyleczenie powyżej 3 lat. Można stwierdzić z całą pewnością, że leczenie raka przyusznicy wyłącznie naświetlaniami (rad. Roentgen) daje wyniki bezwzględnie gorsze.

Ostre rozlane zapalenis otrzewnej, wychodzące z dróg żółciowych, ale bez ich przedziurawienia (Les peritonites aigues generalisées par propagstion dans la lithiase biliaire). Desjacques. *Lyon Chirurg XXVII Nr. 3 maj-czerwiec 1930,*

Mechanizm powstania rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu zapalenia dróg żółciowych może być trojaki: 1) zapalenie otrzewnej jest następstwem przedziurawienia pęcherza lub przewodów żółciowych — wysięk w otrzewnej zawiera wówczas dużą domieszkę żółci a chorzy tacy giną zwykle w krótkim czasie, 2) zapalenie otrzewnej jest następstwem powstania pewnych zmian w ścianie pęcherza żółciowego (jej „porowatości", obrzęku w następstwie znacznego wzrostu ciśnienia żółci), równoznacznych z jej fizjologicznem przedziurawieniem, wysięk w otrzewnej jest podbarwiony żółcią, ale żadnych śladów przedziurawienia anatomicznego nie znajduje się, 3) wreszcie bywają przypadki rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, bez domieszki żółci, mające punkt wyjścia niewątpliwie z pęcherza żółciowego, ale bez jakichkolwiek śladów jego przedziurawienia.

W tym ostatnim przypadku mechanizm chorobotwórczy jest następujący: ściana pęcherza, w miarę trwania procesu zapalnego, ulega znacznemu zgrubieniu, dochodząc do 2—3 cm, w ścianie tej mogą powstawać ropnie, narazie całkowicie zamknięte, które w następstwie ich przerwania się do wolnej jamy otrzewnowej, mogą spowodować rozlane ropne zapalenie otrzewnej, jednakże bez całkowitego przedziurawienia ściany pęcherza. Ewentualnie i bez pośrednictwa ropni śródściennych proces zapalno-zakaźny może przewędrować całą grubość ściany pęcherza i per continuitatem dać rozlane zapalenie otrzewnej.

Leczenie w tego rodzaju przypadkach polega na wycięciu pęcherza i sączkowaniu nazewnątrz przewodu pęcherzykowego. W przypadkach cięższych lepiej jest ograniczyć się do zespolenia pęcherza żółciowego (cholecystostomia), osłonięcia go sączkami gazowemi i wprowadzenie sączka gumowego do zatoki Douglasa.

Uwagi w sprawie leczenia i rozpoznania bąblowca płuc (Kystes hydatiques du poumon). Bonniot. *Lyon Chirurg. XXVII Nr. 3 maj-czerwiec 1930.*

Rozpoznawanie bąblowca płuc oprzeć należy w pierwszym rzędzie na wynikach zdjęcia rentgenowskiego, gdyż inne objawy kliniczne, jak wydalanie z plwociną części pasorzyta (objaw naogół późny i z tego względu pozbawiony większej wartości), różne próby biologiczne, zmiany we krwi (eozynofilja) — nie są pewne, a nakłucie próbne płuca jako zasadniczo szkodliwe należy zdecydowanie zarzucić.

Obraz rentgenowski płuca chorego zawiera następujące cechy charakterystyczne: cień, odpowiadający bąblowcowi, jest kształtu kulistego i odcina się ostro na tle prawidłowej tkanki płucnej, nasilenie cienia jest na całej przestrzeni jednostajne, poza tem — brak jest powiększenia gruczołów wnękowych. Anatomo-patologicznie bąblowiec płuca cechuje się brakiem otoczki włóknistej i brakiem ja-

kiegokolwiek wyraźniejszego odczynu ze strony są siednich części tkanki płucnej. Wśród chirurgów współczesnych panuje obecnie tendencja ograniczania wskazań do operacyjnego leczenia schorzenia powyższego do minimum. Autor hołduje poglądom odmiennym, uważając, że bąblowiec płuca należy zasadniczo leczyć operacyjnie, ograniczając stosowanie leczenia farmakologicznego jedynie do przypadków niewielkich torbieli, umiejscowionych głęboko, w pobliżu wnęki, gdyż dostęp do nich staje się — ze względu na sąsiedztwo dużych naczyń — bardzo utrudniony, z drugiej zaś strony, torbiele te względnie łatwo mogą się opróżnić do oskrzela (w 90%) i spowodować w ten sposób wyleczenie. Zaś torbiele bąblowcowe podopłucnowe, otwarte lub zamknięte i wszelkie torbiele, przewyższające rozmiarami wielkość pomarańczy, winny być bezwzględnie operowane. Operuje się zasadniczo dwuczasowo; za pierwszym razem, po dokładnem umiejscowieniu torbieli, wycina się żebra na odpowiedniej przestrzeni i obnażoną i pojodynowaną opłucnę ścienną wciska się w kierunku płuca tamponem z gazy, aby wywołać tu przyrost płuca do opłucnej, po 10--12 dniach nacina się ścianę torbieli, opróżnia się ją z błon i sączkuje.

Sztuczna odma piersiowa znajduje zastosowanie jedynie w tych przypadkach, kiedy torbiel, położona w pobliżu wnęki płuca i komunikująca się z oskrzelem, opróżnia się niedostatecznie.

Wyniki leczenia raka prącia naświetlaniami radowemi. (Cancer de la verge traité par la curiethérapie. Resultat au bout de 4 ans). Fruchaud. *Lyon Chirurg. XXVII. Nr. 3, maj — czerwiec 1930.*

Autor spostrzegał przypadek raka prącia, leczonego wyłuszczeniem operacyjnem gruczołów chłonnych w pachwinach i naświetlaniem guza promieniami radowemi; zastosowano 8 igieł (po 1 mg. radu), zatopionych w wosku na przeciąg 6 dni. Odczyn zapalny po naświetlaniach był bardzo umiarkowany, owrzodzenie zagoiło się szybko, pozostawiając bliznę miękką i prawidłową, bez następowych zaburzeń czynnościowych. W ciągu czterech lat nie stwierdzono nawrotu cierpienia, stan ogólny chorego był zupełnie dobry.

W związku z przypadkiem tym autor zwraca uwagę na dużą podatność raków prącia na działanie promieni radu, która to podatność pozwala, w przypadkach niezbyt późnych, na oszczędzenie choremu operacji okaleczającej w dużym stopniu, aką jest odjęcie prącia.

Następnie, obrzmienie gruczołów chłonnych w pachwinach w przypadkach raka prącia bywa przeważnie natury zapalnej, nie nowotworowaj, jak tego dowodzą i badania histologiczne w przypadku autora. Jednakże nie należy zaniedbywać nigdy wyłuszczenia tych gruczołów, gdyż, jak pokazują liczne spostrzeżenia, chorzy tacy giną z czasem nie z powodu nawrotu raka w miejscu pierwotnem, a w następstwie przerzutów.

Wczesne rozpoznanie raka na podstawie enzymoreakcji. (Le diagnostic précoce du cancer par l'enzymoréaction). Rebaudi. *Les Néoplasmes XI. Nr. 2, marzec — kwiecień 1930 r.*

Zbędnem byłoby przypominać, jak duże znaczenie ma w walce z rakiem możność wczesnego jego rozpoznawania. Dlatego też usiłowano zadośćuczynić tej potrzebie przez podanie całego szeregu różnych prób biologiczno-chemicznych, mających umożliwić to wczesne rozpoznanie raka; jednakże próby te nie usprawiedliwiły pokładanych w nich nadziei.

Autor proponuje tu nową próbę, próbę „enzymoreakcji." Oparta jest ona na tem założeniu, że surowica krwi chorych na raka posiada własnosności trawiące, rozkładające wyciągi białkowe z komórek rakowych. Jednakże zaczyny odnośne są zbyt słabe na to, żeby strawić białko rakowe jako takie. Dlatego też do prób powyższych używa się wyciągów rakowych już rozłożonych do stanu tak zwanych ultrapeptonów, blizkich polipeptydom; wprowadzenie nawet niewielkich ilości surowicy chorego na raka do przygotowanego w sposób powyższy wyciągu rozłoży owe ultrapeptony w ciągu 24 godzin aż do aminokwasów, które można wykryć bardzo łatwo zapomocą barwnego odczynu z ninhydryną. Surowica rakowatych zawiera owe swoiste zaczyny trawiące tylko we wczesnym okresie choroby, gdyż później, w miarę rozrastania sie raka i nasilania się charłactwa zaczyny te giną. Własności podobne do wyciągów rakowych posiadają i inne antygeny, jak wyciągi z bakteryj, narządów różnych, białek pokarmów, różnych innych nowotworów.

Jeśli chodzi o różniczkowanie np. między rakiem, mięśniakiem, gruźlicą i kiłą, to może zajść taka ewentualność, że surowica badana da odczyn enzymowy dodatni ze wszystkiemi czterema antygenami; wówczas należy ją rozcieńczać dotąd, dopóki nie da wyraźnie dodatniego odczynu z jednym z nich w tem rozcieńczeniu, w którem z innemi próba wypadnie całkowicie ujemnie.

Próba enzymoreakcji pewnością i stałością swych wyników góruje między innemi i nad próbą *Botelho*, gdyż w 81—84% przypadków potwierdza się badaniem histologicznem w czasie operacji lub na sekcji.

Wycięcie nerki, w przypadkach roponercza dużych rozmiarów, z przedniego cięcia brzusznego, przezotrzewnowo. (A propos des deux néphrectomies transpéritonéales pour lêsions suppurées du rein). Perrin. *Lyon Chirurgic. XXVII. Nr. 3, maj — czerwiec 1930.*

Naogół panuje zgoda poglądów co do tego, że duże guzy nerki lepiej jest wyjmować z cięcia przedniego, przezotrzewnowo. Jednakże duża liczba chirurgów ma zastrzeżenia co do operowania w ten sposób przypadków roponercza, a to ze względu na obawę zakażenia otrzewnej.

Autor uważa zastrzeżenia te za niesłuszne. I przypadki roponercza dużych rozmiarów należy również operować od strony jamy brzusznej, gdyż zabieg staje się wówczas o wiele łatwiejszy, mniej obrażający tkanki, a otrzewna znosi go bardzo dobrze, zwłaszcza jeśli się pokryło otrzewną łożysko wyciętej nerki, albo się wszyło brzegi pokrywającej guz otrzewnej w otwór rany operacyjnej (marsupialisatio).

Operowanie od strony jamy brzusznej, ale pozaotrzewnowo, to jest drążąc między mięśnie bocznej ściany brzusznej i pokrywającą je od wewnątrz otrzewnę, jest również mniej wskazane, gdyż w przypadkach guzów zapalnych nerki dużych rozmiarów odłuszczanie otrzewnej bywa czasami bardzo utrudnione, a dostęp do wnęki nerkowej jest dużo gorszy. A ponieważ, jak już zaznaczono wyżej,

otrzewna wykazuje tutaj dużą odporność na zakażenie, więc przez to samo odpada jedyny argument, przemawiający za tym sposobem operowania.

Autor operował 2 przypadki roponercza dużych rozmiarów — oba od strony jamy brzusznej, przezotrzewnowo, i z wynikiem dobrym, bez powikłań.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Układ neuro-wegetatywny w stanach wzruszeniowych i lękowych. (Le système neuro-végétatif dans les états émotifs et anxieux). E. Larrive et Dancenis. *Le Journal de Médecine de Lyon Nr. 251/30*

Psychjatrja szuka obecnie wytłumaczenia i przyczyn psychicznych w zaburzeniach organicznych. Największe braki w tym kierunku wykazuje anatomja patologiczna i biologja. I dopiero zwrócenie uwagi na układ wegetatywny stworzyło nowe możliwości badawcze.

W symptomatologji stanu lękowego spotykamy zaburzenia ruchowe (drżenie, brak skojarzenia, upośledzenie mowy, zawroty głowy) zaburzenia krążenia (zmiany naczynio-ruchowe, dusznicę sercową, skurcze), zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nagłe biegunki), zaburzenia w wydzielaniu (polyurja, ślinotok lub suchość jamy ustnej, wzmożone pocenie się miejscowe lub ogólne), zaburzenia w sferze uczuć i intelektu.

Dotychczasowe wyniki badań były często sprzeczne, znajdując raz przewagę układu sympatycznego, to znów wagotonję.

Autorzy stosowali w swoich badaniach specjalnie obserwację odruchów oculo card., solar., palato-card., nosowo-twarzowego.

Ze względu na niezmierną wrażliwość chorych i zmienność nastrojów trudności badania są wielkie i też rezultat jest niejednolity. Spostrzegano tak wagotoników jak i sympatykotoników. Również amfotoników (*Danielopu*). W podnieceniu, gdy lęk był ogromny, stwierdzono stan pobudzenia układu sympatycznego, a przeciwnie, gdy chory był spokojny następowało przesunięcie w kierunuku wagotonji.

Jest to w każdym razie wielki krok naprzód w badaniach nad genezą stanów lękowych i wzruszeniowych, których przyczyna pierwotna jest bez wątpienia natury psychicznej. Jednak u osobników prawidłowych te przyczyny psychiczne wywołałyby jedynie reakcję lekką i przejściową, podczas gdy przy wytworzeniu się stanów lękowych prawdziwych konieczną jest obecność predyspozycji wrodzonej lub nabytej. Ta dyspozycja ma tło organiczne. charakteryzujące się brakiem równowagi układu neuro-wegetatywnego.

Zapalenie mózgu poszczepienne i jego leczenie. (L'encephalite postvscciuale et son traitment). M. Hekman. *La Presse medicale Nr. 42. 1930. Academie de medecine.*

Sądzono dotąd, że zapalenie mózgu występujące u osób świeżo szczepionych nie jest spowodowane zarazkiem zaszczepionym, lecz na skutek zarazka innego, utajonego, który został uczynniony w przebiegu szczepienia. Autor miał jednak świetne wyniki (14 wyleczonych na 16) wstrzykując dożylnie pacjentom surowicę ich rodziców zaszczepionych w tym samym czasie co ich dzieci i tą samą szczepionką. W jednym też przypadku użyto z wynikiem zupełnie dodatnim (injekcją domięśniową) krwi ojca który chorował przed 4 laty.

Wydaje się więc bardzo prawdopodobnem, że przyczyną zapalenia mózgu jest szczepienie samo.

Niewiadomo czemu przypisać, że szczepionka ostatnio stała się bardziej patogenna.

Szlam Ług Borowina
Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI.
CHOROBY UKŁADU NERWÓW.
ARTRETYZM. REUMATYZM. i t. p.
świetne w leczeniu
PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.

Wyłączna reprezentacja.
Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe
„R E A L"
Warszawa Widok 24 — Tel. 85.30 i 513-05.

Zapalenie mózgu epidemiczne poronne. L'encephalite épidèmique fruste). Marcel Nathan. *La Presse medicale Nr. 42 1930.*

Może najbardziej ze wszystkich chorób zakaźnych zawiera zapalenie mózgu nagminne w swoich ramach mnóstwo postaci atypowych i poronnych. Jak często prawie jedynym objawem jest podwójne widzenie (diplopia), gdzie mamy do czynienia ze schorzeniem centralnem jąder nerwów czaszkowych. Leczenie od samego początku musi być energiczne i stałe. Autor uważa za bezwzględnie konieczne z początku wlewania dożylne natrii salicylici 0,55o, glukozy 10%5,0 przy równoczesnem podawaniu choremu pigułek daturae stramonii à 0,05 po 5 pigułek dziennie.

Mimo poprawy należy obawiać się nawrotu i dlatego koniecznem jest obserwowanie dalsze chorego i leczenie. 2 serje injekcji dożylnych w roku natrii salicylici, przez cały czas należy podawać też datura stramonii. Tolerancja jest w tym wypadku bardzo indywidualna. Wchodzą ponadto w rachubę duboisine. kakodylaty, urotropina.

O okuliście w wypadku diplopji nigdy nie wolno zapominać (sprawność mięśni, dno oczu).

Dobrze określony typ guzów mózgowych: Guzy nadsiodełkowe. Ich djagnostyka i leczenie. (Un typ bien défini de tumuers intracraniennes. Les tumeurs supra - sellaires. Diagnostic et traitement). T. de Martel. *La Presse medicale Nr. 28, 1930.*

Nie operacja zabija chorego, lecz guz, który doszedłszy do maximum swego rozwoju nie nadaje się więcej do zabiegu operacyjnego. Stąd ważność wczesnego rozpoznawania.

Guz mieści się na poziomie siodełka tureckiego. Rozwijając się ku górze, uciska skrzyżowanie nerwów wzrokowych i wywołuje syndrom zawsze ten sam, a mianowicie: Hemianopsję bitemporalną, zanik pierwotny nerwu wzrokowego, brak zmian ze strony siodełka. Potem dopiero w zależności od wielkości rozwoju przychodzi do ucisku przysadki i objawów różnorodnych i skomplikowanych.

W praktyce zdarza się nieraz, że zgłasza się chory zazwyczaj w średnim wieku ze skargami na obniżenie siły wzroku, głównie z boku. I wtedy, jeśli okulista zlekceważy badanie perymetrem, a nie znajdzie zmian na dnie oczu, nie podejrzewa żadnej sprawy mózgowej. Niepotrzebnie są wtedy robione zabiegi operacyjne na jamach twarzowych i zębach. Objawów ze strony przysadki nie stwierdza się naówczas żadnych. Tak przedstawia się mniej więcej sprawa, gdy mamy do czynieniu z meningioma suprasellaris. W wypadku adenoma hypophysae wcześniej spotykamy objawy hypofysarne (np. akromegalję), a rentgenologicznie znajdujemy siodełko zmienione, chyba, że jest to adenoma suprasellaris. A więc widzimy, że pomiedzy meningioma a adenoma suprasellar[illegible]nicznie nie potrafimy znaleźć różnic.

Cysty wrodzone (inaczej kieszenie Rathke) występują już w młodym nawet wieku i łatwo je poznać po zwapnieniach w ścianie. Wielkość ich może być bardzo wielka, pierwsze objawy dopiero pokazać się mogą wyjątkowo w późniejszych latach.

Autor nie poświęca żadnej uwagi problemowi leczenia promieniami Rentgena i przechodzi do omówienia zabiegów operacyjnych według słynnego *Cushinga* Meningioma nie recydywuje. Adenoma dużo częściej. Cystę punktuje się i o ile możności usuwa. Śmiertelność jest minimalna przy operacjach guzów suprasellarnych i chodzi tu o operację dobrotliwą według autora.

L. Wander.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Badania kliniczne i radiologiczne nad zaburzeniami w ginekologji. (Etude clinique et radiologique de troubles moteurs en gynecologie). Petit-Dutaillis Paul. *La Gynécologie t. 29 z, 4, 1930.*

W długim i starannie opracowanym artykule autor rozpatruje zaburzenia czynnościowe w zakresie elastyczności napięcia i kurczliwości narządów rodnych.

W zależności od nadmiaru powyższych cech lub ich niedostateczności rozbić należy całą tę grupę schorzeń na dwa wielkie działy: nadmiernej kurczliwości i niedostatecznej.

I. Stany nadmiernej kurczliwości narządów rodnnch kobiety.

Przechodząc w krótkości diatezy skurczowe jako stany trudne do określenia i wchodzące w zakres schorzeń psychiczno-nerwowych, określanych mianem hysterji, autor zwraca uwagę na wpływ zawartości we krwi z jednej strony jonów wapnia Ca jako czynnika uspakajającego system nerwowy. z drugiej zaś jonów sodu i potasu (Na+K), jako czynników pobudzających.

Nastepnie autor przystępuje do schorzeń o określonym umiejscowieniu anatomicznym. A więc mówiąc o pochwicy (vaginismus) doradza on leczenie polegające na rozszerzeniu pochwy na drodze przecięcia mięśnia zwieracza sromu (m. constrictor cunni), do którego dostaje się po nacięciu poprzecznem wędzidełka i odsunięciu śluzówki pochwy; mięsień przecina się po lewej i prawej stronie w odległości 3-ch cm. od linji środkowej i po opanowaniu krwawienia zeszywa się ranę operacyjną wędzidełka W przypadkach, w których pochwica pozwala na wykonanie stosunku, ale utrudnia zapłodnienie z powodu zbyt szybkiego odpływu nasienia, autor zaleca stosunek w położeniu kolankowo-piersiowym.

Znacznie częstszem schorzeniem jest nadmierna kurczliwość macicy i trąbek stanowiąca poważny rozdział etjologji niepłodności i bolesnego miesiączkowania. Zwężenie anatomiczne ujścia macicy jest znacznie rzadsze niż to do niedawna przypuszczano, natomiast czynnościowe obkurczenie się szyjki macicy jest sprawą dość często się spotykającą stanowi ona zazwyczaj jeden tylko z objawów zaburzenia równowagi w układzie nerwowym autonomicznym (nerw błędny i współczulny) z przewagą w możonego napięcia nerwu sympatycznego. Punktem wyjścia odruchów skurczowych może być poza macicą jeszcze jajnik, np. otoczony zrostem, lub kiszka prosta wskutek uporczywego zaparcia, stanów zapalnych, lub obecności czerwi (robaki).

Leczenie omawianego stanu nadmiernej kurczliwości zależne jest od umiejscowienia objawów i etiologji.

W przypadkach nadmiernego obkurczenia szyjkmacicy autor zaleca stosowanie rurek wewnątrz maciczych, najlepiej kauczukowej podanej przez *Donay* Rurka ta trzyma się w świetle szyjki sama dzięki rozszerzającej się jak w sondzie *Malecot'a* główce. Takie pessarium intra-uterinum może leżeć w szyjce jeden do 2-ch miesięcy bez wyjmowania na czas miesiączki; uzyskuje się na tej drodze niekiedy trwałe i zupełne wyleczenie. Operacyjnie radzi *Petit Dutaillis* przedewszystkiem małe trójkątne wycinki z obydwu stron ujścia zewnętrznego; każdy z takich trójkątów ma podstawę długości 1 cm. zwróconą do światła szyjki i wysokość 1 cm. Na skutek ubytku tkanki rana pooperacyjna nie zrasta się ze sobą i po 2—3-ch miesiącach ujście zewnętrzne wygląda jak u wieloródki bez nadmiernego pęknięcia szyjki. Autor z naciskiem podkreśla, że opisana powyżej operacja daje pod względem funkcjonalnym wyniki nie gorsze, a nawet lepsze niż wielkie i złożone zabiegi.

Czasowe rozszerzanie kanału szyji działa prawdopodobnie jak masaż i rozrywając strukturę mięśniową szyjki osłabia nerwową jej kurczliwość.

Oczywista ginokolog nie powinien zapominać o leczeniu całego organizmu a nietylko miejscowych rzucających mu się w oczy zmian w narządzie rodnym.

Ćwiczenia gimnastyczne w słońcu i powietrzu, hygjena życia codziennego winna jednoczyć się z wpływami leczenia energją promienną, przede-

wszystkiem zapomocą promieni poza-fijołkowych. Wapń (Ca) winien być podawany razem z magnezją w okresach między miesiączkowych i to jaknajwcześniej przy pierwszych objawach schorzenia. Duże ma również znaczenie prawidłowe życie płciowe, jak również ciąża; ponadto nie wolno nigdy zapominać o psychicznym wpływie leczniczym leczącego. Leczenie objawowe polega:

1. Codziennie letnia kąpiel trwająca godzine przez 3 dni poprzedzające pierwszy dzień spodziewanej miesiączki.
2. Z chwilą wystąpienia pierwszych bólów zastosować należy 3 do 2-ch razy na dobę po $^1/_2$ łyżeczki 20% rozczynu alkoholowego benzoatu de benzyl, albo lawatywką z 60 gr. wody z dodatkiem grama antipyriny i 15 kropli opium.

Używanie atropiny mającej znosić napięcie nerwu błędnego zazwyczaj nadmierne podczas miesiączki jest niepewne ze względu na trudności dawkowania, skoro przeciwnie dawka poniżej 1 mgr. pobudza nerw błędny, dawki zaś większe hamują działanie tegoż nerwu.

Ponieważ osobnicza wrażliwość na atropinę jest różna, jak również napięcie układu błędnego, stosowanie powyższego leczenia może dać skutek bardzo rozmaity.

Przechodząc z kolei do leczenia operacyjnego zaburzeń w zakresie nerwu współczulnego miednicy małej powiedzieć trzeba, że polegać ono winno na przecieciu łuku odruchowego w jakiemkolwiekbądź miejscu. Dlatego najpewniejszym w skutkach jest zabieg *Cotte'a.* polegający na przecięciu nerwu podkrzyżowego; dobrze jest dodać do niego przecięcie i podwiązanie więzadła lejkowo-miednicowego jako drogi odruchu, wychodzącego od jajnika. Zalecane przez *Condamin'a* przecięcie więzadeł krzyżowo-macicznych może również niekiedy wystarczyć, jeżeli tą właśnie drogą przebiega odruch chorobliwie zwiększony.

Raz jeszcze przypomnieć należy, że w leczeniu bolesnego miesiączkowania, będącego skutkiem wzmożonej kurczliwości narządów rodnych, pamiętać należy o schorzeniach ogólnych, jak np. kiła, brak równowagi psychicznej; czerwie.

Potężny środek rozpoznawczy w nadmierne kurczliwości macicy i trąbek pozyskała od niedawna medycyna w hystero i salpingografji. Już podczas jrj wykonywania stwierdzamy niekiedy silne bóle u pacjentek, co jest objawem przedmiotowym wzmożonej kurczliwości macicy. Przedmiotowo widzimy podczas wypełniania się macicy energiczne ruchy faliste płynu kontrastowego o znacznej amplitudzie, a wykonane w takich przypadkach zdjęcia wykazują macicę bądź w postaci wydłużonego kowadła, bądź pozbawioną jednego rogu, niekiedy jakgdyby oderwanego od trzonu, gdyż linja graniczna ma kształt zazębiony. W silnym skurczu treść wydalona zostaje odrazu na zewnątrz i na zdjęciu nie udaje się uchwycić cienia jamy macicy. Skurcze jajowodów widziane na obrazie rentgenowskim jak szereg przerw w obrazie trąbki nie mają większego djagnostycznego znaczenia. Oczywista badanie rentgenowskie stanowi jeden tylko z czynników rozpoznania, które opierać się winno tak na badaniu przedmiotowem, jak na wywiadach.

II. Zmniejszona kurczliwość, niedostateczne napięcie.

Do drugiej grupy zaburzeń w kurczliwości i napięciu narządów rodnych należy przedewszystkiem stan, jaki spotykamy przy ogólnem rozluźnieniu mięśni i więzadeł organizmu, powodującem ogólne opadniecie narządów (tak zwana choroba *Glenarda*). Objawy podmiotowe, znane zresztą ogólnie, polegają nietylko na bólach w rozmaitych miejscach, jamy brzusznej, ale także na ogólnem osłabieniu tak fizycznem, jak psychicznem. Badanie przedmiotowe wykazuje niekiedy albuminuria orthostatica kiedyindziej zmniejszone ciśnienie krwi, a obmacywanie powłok brzusznych wykazuje następujące punkty bolesne:

1. W środku odległości pomiędzy pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym.
2. 5 cm. na prawo od pępka.
3. Pośrodku odległości między pępkiem a spojeniem łonowem.

W zakresie mięśni przepony miednicowej stwierdza się jej osłabienie, nie mające w zasadzie nic wspólnego z obrażeniem porodowem, jest to rozluźnienie i częściowy zanik mięśni.

Leczenie operacyjne polegać winno w lekkich przypadkach na wzmocnieniu i zeszyciu krocza, w cięższych na plastyce przedniej i tylnej z dołączeniem operacji *Aquie Aleksander Adamsa*.

Zaznaczyć przytem z naciskiem należy, że właśnie w leczeniu tyłozgięcia wolnego, stwierdzonego u kobiet z rozluźnionemi powłokami brzusznemi stosować należy nie przyjętą szeroko operację *Dolerisa*, lecz skrócenie więzadeł przez kanał pachwinowy, gdyż przy tym sposobie przymocowujemy skrócone wiązadło do punktu stałego, jakiem jest powięź tuż nad spojeniem łonowem.

U kobiet starych, nieżyjących życiem płciowem, wykonać można jedną z operacji, zamykającą pochwę na stałe.

Ze względu na występujące jednocześnie opuszczenie trzew polecić należy mocny elastyczny pas brzuszny, który pacjentka zakładać winna w pozycji leżącej i już po założeniu odsunąć ręką ku górze opadniętą zawartość jamy brzusznej i docisnąć mocniej pas. Gimnastyka poranna polegać powinna na masażu brzucha okrężnym i na ruchach wzmacniających tak powłoki brzucha, jak mięśnie krocza. Odżywianie winno być częste w małych dawkach, przyczem dbać należy o wzmożenie tkanki tłuszczowej. Po jedzeniu chora winna choćby przez chwilę trwać w pozycji leżącej, występujące w tym schorzeniu często zaparcie stolca i brak apetytu zwalczać należy przedewszystkiem zarządzeniami higienicznemi.

Przyczynek do badań nad krwawieniami z macicy, pochodzenia jajnikowego; drobnotorbielkowate zwyrodnienie krwotoczne. (Contribution à l'étude des hémorragies utérines d'origine ovarienne; les microkystes mètrorragiques). Michon L. *Revue Franc. de Gynécol. et. d'Obstétr. nr. 4. 1930.*

Autor opisuje 3 przypadki, w których operacja wycięcia części lub całego jajnika, wykazującego zwyrodnienie drobno-torbielkowate—usunęła długotrwałe i uporczywe krwawienie z macicy. Drobne torbielki jajnika nazywa autor wobec powyższego

„Krwotocznemi“. dosłownie „maciczno - krwotocznemi“, upatrując w nich przyczynę krwawień z macicy.

Zastanawiając się nad mechanizmem powstawania omawianego cierpienia autor przytacza znane teorje obce (komórki luteinowe *Rouville* i *Sappey'a*, folliculus persistens — *Schröder'a* cystis corporis lutei — *Halban'a*, hyperhormonoza — *Moulonguet'a*), nie wybiera jednak z nich żadnej.

Leczniczo autor poleca zabieg operacyjny, polegający na usunięciu zwyrodniałej tkanki jajnikowej, gdyż ma to dawać efekt leczniczy prawie niezawodny.

Krwotoki mózgowe noworodków, jako skutek obrażeń porodowych. (Des hémorragies cèrèbrales chez les nouveaunès comme suites des lesions traumatiques obstètricales). S. W Kissine. *Revue Franc de Gynaécol. et d'Obstétr. T. 25. Z. 5,*

Na zasadzie 80-ciu badań sekcyjnych noworodków zmarłych w czasie lub wkrótce po porodzie autor dochodzi do szeregu wniosków, z których najważniejsze są:

1. Wylewy krwawe do mózgu stwierdził w 25% przypadków i to tak po porodach prawidłowych, jak po operacyjnych (kleszcze, obrót z wydobyciem płodu); najczęściej występują one po porodach przedłużających się na skutek niestosunku porodowego pomiędzy główką a miednicą.
2. Poza przyczynami mechanicznemi dużą rolę w powstawaniu wylewów krwawych do mózgu odgrywa czynnik konstytucjonalny, jak również choroby przebyte przez matkę.

W sprawie dwu przypadków ciąży śródmiąższowej. (A propos de deux cas de grossesse interstitielle). Cotte G. Armanet. *La Gynecologie. T. 29, z. 3, 1930.*

Autorowie przytaczają dwa przypadki ciąży śródmiąższowej, podkreślają trudności rozpoznawcze, wymagające kontroli anatomo-patologicznej i szeroko omawiają sprawę leczenia tej postaci ciąży pozamacicznej.

Autorowie wspominają, że we Francji szeroko jest rozpowszechniony pogląd *Segond'a*, żadający wycięcia nadpochwowo macicy w przypadkach ciąży śródmiąższowej.

Cotte i Armanet są jednak stronnikami drugiego poglądu bardziej konserwatywnego, który poleca wycięcie rogu macicy, bądź samego, z następowem wszyciem cieśni jajowodu do macicy, bądź też z usunięciem jednoczesnem całej trąbki, czy nawet całych przydatków po stronie schorzałej.

Rola wstrzykiwań domacicznych w patologji chorób kobiecych. (La role des injections intra-utèrines dans la pathologie de la femme). M. G. Serdukoff *La Gynecologie, t. 23, z. 3, 1930.*

Na zasadzie osobistego doświadczenia klinicznego i prac znanych z piśmiennictwa autor wysnuwa następujące wnioski:

1. Wstrzykiwania domaciczne i pędzlowania jamy macicy dają niekiedy wyniki dodatnie w leczeniu zachowawczem miejscowych schorzeń zapalnych macicy o charakterze przerostowym.
2. Do liczby przeciwskazań do powyższego leczenia zaliczyć należy oprócz ostrego stanu zapalnego przydatków jeszcze nadmierną pobudliwość nerwowo-psychiczną, jak również niedorozwój narządów płciowych, lub też niedostateczną ich czynność (hypofunctio).
3. Wstrzykiwania domaciczne wykonywane nie w celach leczniczych, ale mające za zadanie zapobieganie zajściu w ciążę wywołać mogą, pomimo idealnej techniki, zwyrodnienie lub zanik śluzówki macicy, jak również zaburzenia w przemianie biochemicznej tak komórki, jak cieczy śródtkankowych.
4. Wstrzykiwanie jodyny lub pędzlowanie nią jamy macicy, wykonane dla uniknięcia ciąży wywołuje zmiany zapalne w śluzówce macicy i trąbek, dzięki czemu przedostać się może czynnik zakaźny do organizmu i osłabia się zdolności czynnościowe jajowodu: wywołać ono może również uszkodzenie jaja płodowego, lub spowodować nieprawidłowe zagnieżdżenie się jaja.
5. Injekcje jodyny stosowane zapobiegawczo przeciw zajściu w ciążę naruszyć mogą podstawowe czynności organizmu kobiecego, powodując zmiany w miesiączkowaniu, w wydzielaniu wewnętrznem i zewnętrznem, jak również wywołując niepłodność stałą.
6. Reasumując, injekcje domaciczne i pędzlowania jamy macicy są dopuszczalne w leczeniu zachowawczem schorzeń macicy, winny być jednak bezwzględnie wzbronione jako środek zapobiegający ciąży, jak również jako sposób wywoływania poronienia.

Jak wspomniano wyżej, leczenie pędzlowaniem czy injekcjami do jamy macicy daje dobre wyniki tylko w sprawach zapalnych przerostowych, powodując zniszczenie warstw powierzchownych z następowem ich wypadnięciem; niekiedy nawet pod wpływem tego leczenia zmniejsza się wymiar macicy, co mogło by być pożyteczne w niektórych przypadkach macic mięśniakowatych.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Rozpoznanie kiły na podstawie nakłucia gruczołów. (Diagnostic de la syphilis par la ponction des ganglions). Gougerot, Blum. (*Paris Medic. 1930, Nr. 9*).

Rozpoznanie kiły powinno być postawione jaknajwcześniej, gdyż leczenie rozpoczęte przed 14-ym dniem od czasu pojawienia się owrzodzenia ma duże szanse, aby mogło być leczeniem poronnem. Chcąc znaleźć krętki w wydzielinie owrzodzenia traci niekiedy lekarz kilka cennych dla chorego dni. Trudno zwłaszcza jest stwierdzić obecność krętków w owrzodzeniu, które było uprzednio czemkolwiek przyżegane. Niektórzy praktycy, niepewni rozpoznania, czekają co gorsze z rozpoczęciem leczenia na pojawienie się dodatniego odczynu Wassermanna we krwi. Autor podaje szybki i pewny sposób roz-

poznania wątpliwych przypadków kiły, a mianowicie przez stwierdzenie obecności krętków w płynie pobranym z gruczołów chłonnych, gdzie krętki zjawiają się bardzo wcześnie. Nakłucie należy wykonać skośnie poprzez skórę, krótką, cienką igłą w gruczoł największy i najmniej ruchomy, następnie aspirować płyn do strzykawki. O ile płynu brak, należy wstrzyknąć do gruczołu 5—10 kropli jałowego rozczynu soli fizjologicznej, następnie wokoło igły masować gruczoł kilka minut i w aspirowanym w ten sposób płynie szukać krętków bladych wprost w ciemnym polu lub w barwionych namazach.

Utajona kiła mięśni. (La syphilis musculaire latente). Favre. *Journal de Med. de Lyon Nr. 2, 1930.*

Opis przypadku kiły u 65-letniej kobiety, która zmarła wśród objawów prawostronnego porażenia połowiczego, arytmji, wzmożonego ciśnienia krwi. Na skórze przedramion znajdowały się czynne zmiany kiłowe naciekowo - wrzodziejące i stare blizny. Ponadto kilka zniekształceń wskazywało na przebycie zapalnych zmian w okostnej.

Odczyn Wassermana silnie dodatni wzmożona ilość limfocytów w płynie mózgo-rdzeniowym. Sekcja wykazała obecność 3-cio rzędnych zmian kiłowych w skórze i myositis gummosa. Ogniska kiłowe w skórze i w mięśniach należy uważać za nie stojace z sobą w żadnej łączności, gdyż były oddzielone warstwą mięśni zdrowych i nietkniętą powięzią.

Autor zwraca uwagę na tę postać kiły mięśni, klinicznie nie dającą żadnych objawów, na częste pomijanie w rozpoznaniu kiły zmian mięśniowych

Owrzodzenia wiewiórowe. (Les Chancres blennorragiques). G. Belgodère. *Paris Médic. 1930, Nr. 19.*

Rzadko rozpoznaje się tak zwane owrzodzenia wiewiórowe, a przecież jest rzeczą stwierdzoną, że gonokoki mogą w pewnych warunkach atakować naskórek, a zwłaszcza śluzówki i wywierać swój wpływ destrukcyjny, powodując powstanie nadżerek i owrzodzeń. Te można ze względu na przebieg kliniczny podzielić na następujące grupy:

1. Owrzodzenia szczelinowate tworzą się w fałdach śluzówek, najczęstsze są około ujścia cewki moczowej lub odbytnicy (w przypadkach blennorr. ano-rectalis).

2. Nadżerki różnej głębokości na śluzówkach organów płciowych, lub na skórze żołędzi.

3. Owrzodzenia, czyli ubytki głębsze, przypominające wrzody miękkie, ropiejące, mogące wywołać nawet dymienicę pachwinową, w których jednak nie stwierdza się obecności prątków Ducrey'a lecz obecność gonokoków. Autoszczepienie czasem udaje się.

4. Owrzodzenia pełzające, opisywane przez kilku autorów.

5. Owrzodzenia fagedeniczne (dotychczas opisano tylko jeden przypadek).

6. Ze względu na umiejscowienie można również wyodrębnić owrzodzenia pozagenitalne.

Owrzodzenia, wiewiórowe mogą dawać powikłania, zwykle w przebiegu owrzodzeń spotykane. A więc: zapalne stany naczyń i gruczołów chłonnych, wtórne zakażenia prątkami Ducrey'a kiłą lub innemi mikrobami. Owrzodzenia, te oprócz rzadko spotykanych form złośliwych (4 i 5), goją się łatwo. Wtargnięcie gonokoków ułatwia niewątpliwie maceracja naskórka i nabłonka i uraz. Rozpoznanie powinno się opierać na wyglądzie i przebiegu klinicznym, na współistnieniu wiewiórowego kataru śluzówek, na stwierdzeniu obecności gonokoków w wydzielinie owrzodzenia (co nie zawsze się udaje) i na wykluczeniu wszelkich innych owrzodzeń (kiły, wrzodów miękkich, ulcus vulvae acutum, wywołanego przez bacilluscrassus). Nie należy również jako wiewiórowe rozpoznawać tak zwane taches de Saenger, zwykłych czerwonych plam bez nadżerek, na śluzówkach u kobiet cierpiących na przewlekłe zakażenie wiewiórowe.

Leczenie polega na antyseptycznych przemywaniach (protargol, gonacrina, kalium hyper.), na stosowaniu maści (hydrarg. praecip. flavum, calomel, insulina). Bardziej nowoczesne leczenie wprowadza środki specyficzne, jak buljon szczepionkowy i lizaty bakteryjne. W końcu niekiedy zmuszeni jesteśmy sięgnąć po środki kaustyczne (Argent. nitricum, zinc, chlorat., termokauter). Równoczesne leczenie ogólne i leczenie zmian kataralnych sprzyja szybkiemu gojeniu się owrzodzeń (proteino. - vaccino - terapja, tonica).

Zastosowanie krętka hiszpańsko - marokańskiego w leczeniu gorączką powrotną. (Application du spirochète Hispano - marocain a la pratique de la Récurrentothérapie). Remlinger, Bailly. *Paris Medic. Nr. 20, 1930.*

Niedogodności jakie spotyka się przy przeprowadzeniu leczenia malarją kiłowych schorzeń, głównie trudności w uzyskaniu odpowiedniego szczepu w pewnych okolicach i niedogodności przy leczeniu durem powrotnym afrykańskim lub amerykańskim (ciężki przebieg schorzenia, grożący nieraz życiu chorego i wzmagająca się zjadliwość szczegu po przejściu z jednego organizmu ludzkiego na drugi) skłoniły licznych terapeutów do szukania innych sposobów leczenia ciężkich przypadków kiły.

Najdogodniejszym okazał się szczep krętka, wywołujący powrotną gorączkę hiszpańsko-marokańską (spirochoeta hispanicum variatio marocanum). Główne zalety tego leczenia są następujące: większa ilość napadów gorączki, 4 — 5 i więcej, brak żółtaczki i powikłań ze strony wątroby, znaczna odpornośc szczepu na preparaty arsenowe, znaczna wrażliwość świnki morskiej na ten szczep, pozwalająca z łatwością utrzymać szczep. Przewozić szczep można we krwi swinki morskiej, gdzie zachowuje swoją żywotność około 20 dni. Wyniki lecznicze uzyskane przy pomocy tego szczepu były równie dobre jak po leczeniu malarją.

Reakcja śródskórna w przypadkach lymphogranulomatosis inguinalis. (L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale). Nicolas, Favre, Lebeuf. *Journal de Med. de Lyon Nr. 2, 1930.*

Szczepienie śródskórne antygenu (w ilości 0.1 — 0.2) sporządzonego z tkanek limfatycznych schorzałych, lub z ropy pobranej ze zmienionych gruczołów pachwinowych daje w przypadkach tego

właśnie schorzenia (lymphogr. inguin.) prawie zawsze wynik dodatni w postaci: 1) najczęściej grudki czerwonej, wyniosłej. twardawej, o średnicy 7 do 20 milimetrów, niekiedy otoczonej obwódką zapalną. Wykwit ten znika po jednym do trzech tygodni, 2) grudki, na której szczycie pojawia się szybko zasychający pęcherzyk, 3) grudki, która ulegając w samym środku zropieniu, daje t. zw. papulo-pustul, 4) grudki, która w kilka dni zamienia sie w rzeczywisty nieduży ropień sączący. Nasilenie odczynu wydaje się być zależnem od stopnia nasilenia samego schorzenia. Odczyn jest żywszy w przypadkach przebiegających ciężej. Zdolność do reagowania na antygen zjawia się w 1 — 3 tygodni od początku infekcji, utrzymuje się bardzo długo, niekiedy kilka lat. Stwierdzenie tego odczynu jest ważne dla poparcia rozpoznania i jest dowodem na to, że lymph. inguin, jest schorzeniem ogólnem, któremu towarzyszą pewne zmiany humoralne.

K R O N I K A.

Towarzyska wycieczka lekarzy i aptekarzy do Włoszech. (Podróż morzem) Redakcja „Medizinischen und Pharmaceutischen Rundschau" (Przegląd Medyczno-Farmaceutyczny) w Wiedniu organizuje 15 października b. r. wycieczkę po Włoszech, wyruszającą z Wiednia. 16 października wyjazd okrętem z Fiume; droga prowadzić będzie przez Anconę, Bari, Latanię, Maltę, Messynę, Palermo, Neapol, Livorno do Genui. Podróż może być przez każdego uczęstnika w tym punkcie zakończona, chociaż planowane jest jeszcze zwiedzenie Wenecji i dopiero stamtąd powrót do Wiednia. We wszystkich miejscowościach będzie miało miejsce zwiedzanie osobliwości, przejażdżki samochodami i t. d. Uczęstnicy wycieczki mają zapewnione wszelkie wygody i komfort. Podczas podróży morzem są do dyspozycji kabiny jedno i dwuosobowe. P.P. Lekarze i Aptekarze, życzący sobie wziąść udział w tej wycieczce, otrzymają wszelkie bliższe informacje i wyczerpujący program wycieczki przez Cosulich Line, — Wiedeń I. Kärtnerring 6.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:

		cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.



I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE: *DOROŚLI* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTĄCI

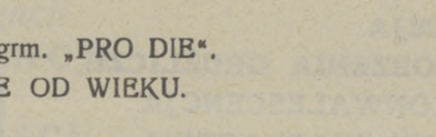
Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „

W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 grm.

W rurce 10 opłatków.



HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

*Zawiera w stanie **biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

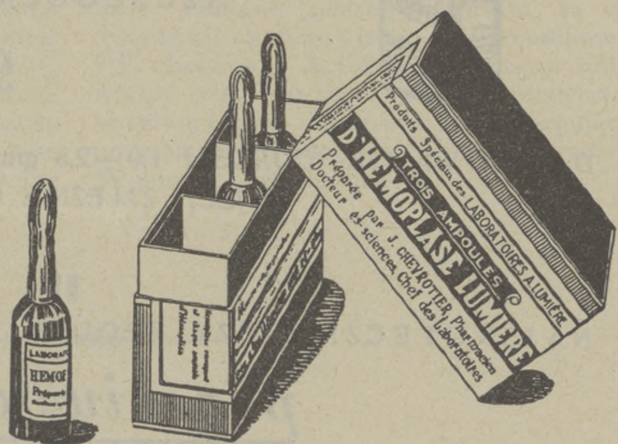
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOSĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:

HÉMOPLASE APMOULES à 10 cc. à 5 cc. niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2, lub 3 wstrzyknięcia tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp,) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc (1/2—1/1 amp).

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i waniliją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)



DAWKOWANIE:

od 2 — 6 lat 1 — 3 łyż. dziennie, od 6 — 12 lat 3 — 4 łyż. dziennie.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 124-39, 30-42.

róby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy

PERSODINE
Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$\boxed{M_2} S_2 O_8 + H_2 O = \boxed{M_2} SO_4 + H_2 SO_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w 1/4 szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI

Warszawa, Kaliska 9. Tel. 124-39, 30-42.

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE W. W. P. LEKARZY.

OPOZONES Lumière

Nowoczesna organoterapja ze wszystkich gruczołów i narządów

OPOZONES:

„ Thyroide
„ Mammaire
„ Placenta
„ Hypophyse
„ Biliaire (FELLIS)
„ Hépatique
„ Muqueuse intestinale
„ Muqueuse stomacale
„ Ganglions (GL. LYMPHATICAE)
„ Bulbe (MEDULLA OBLONGATA)
„ Pluriglandulaire „O"

OVARIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
OVAIRE 0,1

„ Orchitique (EXTR. TESTICULORUM)
„ Prostatique
„ Tissu nerveux (SUBSTANTIA NERVOSA)
„ Splénique (LIEN)
„ Pancréatique
„ Surrénale (SUPRARENALIS)
„ Rénale
„ Thymus
„ Corps jaune de l'ovaire (CORPUS LUTEUM)
„ Pluriglandulaire „T"

ORCHITIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
ORCHITIQUE 0,1

Plurigladulaire
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,075
SURRÉNALE 0,1

Każde pudełko zawiera 54 tabletki powleczone glutenem.
Przedstawicielstwo na Polskę „L. Nasierowski."
Warszawa, ul. Kaliska 9 tel. 124-39, 30-42.-Próby i literatura na żądanie WPp. Lekarzy.